

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ  
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



**EFFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL  
EN LA DISMINUCIÓN DE LOS SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y  
DEPRESIÓN DE UNA MUESTRA DE PACIENTES CON  
TRASTORNO MIXTO ANSIOSO DEPRESIVO.**

POR:  
BRISILDA AURORA TEJADA PERALTA

Tesis para optar por el Grado de Maestría en Psicología Clínica

VERAGUAS, 2012

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ  
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO  
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA.  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

FORMULARIO PARA LA PRESENTACIÓN DE PROYECTOS DE  
INVESTIGACIÓN CONDUCENTES A LA TESIS DE GRADO.

CÓDIGO	327-14-255-11-01
NOMBRE DE LA ESTUDIANTE	BRISILDA A. TEJADA PERALTA
CÉDULA:	7-85-1979
TÍTULO DE LA TESIS:	EFFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL EN LA DISMINUCION DE LOS SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN UNA MUESTRA DE PACIENTES CON TRASTORNO MIXTO ANSIOSO DEPRESIVO.
ASESORA:	MAGISTRA MARÍA INÉS BARRIOS PINILLA
FIRMA DE LA ASESORA:	_____
FIRMA DE LA ESTUDIANTE	_____
APROBADO POR:	_____

DIRECTOR DE POSTGRADO DE LA VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y  
POSTGRADO.

FECHA:



## DEDICATORIA

A mi madre, a mi hermano y a mis sobrinos, con el amor de siempre.

A la memoria de mi padre Plinio A. Tejada Q. y de mi tío Jaime L. Vargas,

quien siempre me animó a seguir adelante mientras Dios le dio vida.

## AGRADECIMIENTO

A Dios Todopoderoso mi agradecimiento por permitirme culminar estos estudios de maestría.

A mi asesora, Magister María Inés Barrios Pinilla, por las enseñanzas transmitidas y por todas las orientaciones atinadas para realizar este trabajo.

Igualmente agradezco a la Magister Gina del Rosario Candanedo por los conocimientos brindados durante las clases presenciales como por su asesoría metodológica para la presentación de este informe final.

A mi primo Ricardo Monterrey mi eterno agradecimiento por toda la ayuda y orientación brindada, pero sobre todo por las palabras de aliento y su paciencia ante mis momentos de dudas.

Agradezco a mis compañeras Mélida y Rita, quienes de una u otra forma me animaron para seguir adelante y cumplir la meta.

A mi ahijada Kristen Vargas su oportuna ayuda para completar el informe final.

De igual manera expreso mi agradecimiento a la dirección de la Policlínica Roberto Ramírez De Diego por permitirme realizar este trabajo en dicha unidad ejecutora, como también a todo el personal de la misma institución

que de una u otra forma me ofreció su ayuda y orientación pertinente, durante la realización del programa de terapia.

Finalmente quiero agradecer a todas aquellas personas que durante los estudios de maestría, coadyuvaron de una u otra forma, para que pudiera alcanzar esta meta tan anhelada.

**Mil gracias y Dios los Bendiga.**

**"CUANDO UN PACIENTE CAMBIA SU MANERA DE PENSAR, TAMBIÉN  
CAMBIA SU CONDUCTA Y SU ESTADO DE ÁNIMO".**

**Eduardo Keegan**

## RESUMEN

En la presente investigación se planteó como objetivo conocer la efectividad de la terapia cognitivo conductual en la disminución de los síntomas de ansiedad y depresión en un grupo de pacientes con diagnóstico de trastorno mixto ansioso depresivo. La muestra estaba conformada por seis pacientes, todas mujeres con edades comprendidas en rangos entre 35 a 50 años. Éstas tenían diagnóstico establecido previamente, puesto que se atendían en la Policlínica Roberto Ramírez De Diego, donde se llevó a cabo la investigación; además todas recibían tratamiento farmacológico, por los menos seis meses antes de la psicoterapia. El programa de tratamiento se planificó para catorce sesiones, sin incluir la sesión de la entrevista a nivel individual. Cada sesión tenía una duración de dos horas y media ( $2\frac{1}{2}$ ), una vez por semana. Los instrumentos de valoración que se utilizaron: La escala de ansiedad de Zung y la escala de depresión de Beck, además de la entrevista clínica de Maldonado. Se utilizó un diseño de investigación preexperimental con un solo grupo antes y después. El estadístico utilizado fue la  $t$  de Student, con un nivel de significación de 0.05, a una cola; y la regla de decisión se estableció de la siguiente manera: Se rechaza la  $H_0$  si  $t_0 > t_c = 2.015$ . Los resultados estadísticos indicaron que se rechazaba la  $H_0$ , por tanto, probablemente era aceptada la  $H_1$ ; lo que presumiblemente indica que la terapia cognitiva conductual sí disminuyó los síntomas de ansiedad y depresión en la muestra de pacientes con trastorno ansioso depresivo. Igualmente puede indicar que la estructura de las sesiones y las técnicas utilizadas permitieron a las pacientes la modificación de su manera de pensar ante las situaciones negativas que experimentaban a diario.



## ABSTRACT

The objective of the present research was to know the effectiveness of the cognitive behavioral therapy reducing symptoms of anxiety and depression in a group of patients diagnosed with mixed anxiety depressive disorder. The sample was comprised of six patients, all women aged in ranges between 35 to 50 years. The patients were previously diagnosed and they were attending the Polyclinic Roberto Ramirez De Diego, where the research took place. They were also getting drug treatment, at least six months before the psychotherapy. The treatment program was planned for fourteen sessions, not including the interview at the individual level. Each session had a duration of two and a half (2 1/2) hours once a week. The assessment tools used were the Zung Anxiety Scale and the Beck Depression Scale as well as the Maldonado clinical interview. A pre-experimental research design was utilized with a single group before and after. The statistic used was the Student's t test, with a significance level of 0.05, to a cola; and the decision rule was established as follows:  $H_0$  is rejected if  $t_0 > t_c = 2.015$ . The Statistical results indicated that  $H_0$  was being rejected, therefore, was probably accepting the  $H_1$ , which presumably indicates that cognitive behavioral therapy decreased the symptoms of anxiety and depression in the sample of patients with depressive anxiety disorder. It may also indicate that the structure of the sessions and the techniques used allowed the patients to change their perspective before experiencing negative situations daily.

## ÍNDICE GENERAL

	Página
<b>DEDICATORIA.....</b>	<b>v</b>
<b>AGRADECIMIENTO.....</b>	<b>vii</b>
<b>RESUMEN.....</b>	<b>x</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>xi</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>xxii</b>
 <b>CAPÍTULO I: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....</b>	 <b>1</b>
1. Ansiedad.....	2
1.1. Definición.....	4
1.2. Causas.....	8
1.3. Síntomas.....	9
1.3.1. Afectivos.....	9
1.3.2. Conductuales.....	10
1.3.3. Fisiológicos.....	10
1.3.4. Cognitivos.....	11
1.4. Tratamiento.....	11
2. Depresión.....	13
2.1. Definición.....	19
2.2. Causas.....	20
2.3. Síntomas.....	21
2.3.1. Afectivos.....	22
2.3.2. Conductuales.....	22

2.3.3. Fisiológicos.....	22
2.3.4. Cognitivos.....	22
2.4. Tratamiento.....	23
3. Clasificación diagnóstica de la ansiedad y la depresión como entidades independientes.....	29
3.1. Trastorno de ansiedad de acuerdo a la Clasificación del DSM – IV.....	29
3.1.1. El Trastorno de Ansiedad Generalizada.....	30
3.1.2. El Trastorno de Ansiedad debido a Enfermedad Médica.....	30
3.1.3. El Trastorno de Ansiedad Inducido por Sustancias.....	30
3.1.4. El Trastorno de Ansiedad no Especificado.....	30
3.2. Trastorno de Depresión de acuerdo a la Clasificación del DSM- IV.....	31
3.2.1. Trastorno Depresivo Mayor.....	31
3.2.2. Trastorno Distímico.....	31
3.2.3. Trastorno depresivo no especificado.....	32
4. Clasificación diagnóstica del Trastorno Mixto Ansioso – Depresivo (CIE – 10).....	32
4.1. Sintomatología específica.....	33
4.2. Diagnóstico diferencial.....	34
4.3. Tratamiento recomendado.....	35

<b>CAPÍTULO II: TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL.....</b>	<b>37</b>
1. Terapia Cognitivo Conductual.....	38
2. Orígenes de la terapia cognitivo conductual.....	40
3. Principales exponentes de la terapia cognitivo conductual.....	45
3.1. Albert Ellis – Terapia Racional Emotiva.....	45
3.2. Aaron Beck – Terapia Cognitiva Conductual.....	48
3.2.1. Conceptos básicos en el modelo de Beck.....	52
4. Investigaciones sobre la efectividad del Tratamiento Cognitivo Conductual en la Psicoterapia.....	56
5. El modelo de tratamiento utilizado para esta investigación.....	60
6. Terapia grupal.....	63
6.1. Ventajas y desventajas.....	64
6.2. Reglas para las sesiones de grupo.....	65
7. Técnicas utilizadas en la terapia o estudio realizado.....	67
7.1. Técnicas Cognitivas.....	68
7.1.1. Restructuración cognoscitiva.....	69
7.1.2. Clasificación de distorsiones cognoscitivas.....	71
7.1.3. Detección de pensamientos automáticos.....	72
7.1.4. Debate de los pensamientos automáticos.....	73
7.1.5. Trabajo con las creencias nucleares.....	74
7.1.6. Uso de la imaginación.....	75
7.1.7. Resolución de problemas.....	75

7.2. Técnicas conductuales.....	77
7.2.1. Relajación progresiva.....	77
7.2.2. Visualización.....	82
7.2.3. Apoyo social.....	85
7.2.4. Comunicación asertiva.....	87
7.2.5. Rol playing.....	90
<b>CAPÍTULO III. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>93</b>
1. Justificación del problema.....	94
2. Planteamiento del problema.....	99
3. Objetivos de la investigación.....	100
3.1. Objetivos generales.....	100
3.2. Objetivos específicos.....	100
4. Hipótesis (propuestas en un cuadro).....	100
5. Diseño de investigación.....	102
6. Definición de variables (propuestas en un cuadro).....	103
7. Población y muestra.....	105
8. Criterios de inclusión.....	105
9. Criterios de exclusión.....	106
10. Instrumentos de medición.....	106
10.1. La escala de valoración de Ansiedad de Zung.....	106
10.2. La escala de valoración de depresión de Beck.....	108
10.3. Entrevista clínica de Maldonado.....	111
11. Análisis estadísticos de los resultados.....	112



11.1. Análisis descriptivo .....	112
11.2. Análisis comparativo.....	112
12. Procedimiento .....	113
13. Plan individual de cada una de las sesiones de la terapia, que describen el tratamiento.....	115
14. Local para el tratamiento.....	148
15. Limitaciones.....	148
<b>CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DE RESULTADOS.....</b>	<b>150</b>
1. Datos generales de la muestra.....	151
2. Presentación y Análisis descriptivos y comparativos de los resultados.....	155
2.1. Ansiedad.....	155
2.1.1. Interpretación de los resultados en cuanto a la Ansiedad.....	157
2.2. Depresión.....	160
2.2.1. Interpretación de los resultados en cuanto a la Depresión.....	161
3. Análisis integrativo de los resultados.....	163
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>169</b>
<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>174</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>177</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>187</b>



## ÍNDICE DE CUADROS

	Página
<b>Cuadro No. 1.</b> Presentación de las variable dependiente y las hipótesis propuestas en la investigación.....	101
<b>Cuadro No. 2.</b> Presentación de las variables con sus respectivas definiciones conceptuales y operacionales.....	104
<b>Cuadro No. 3.</b> Puntuaciones de la escala de valoración de ansiedad de Zung.....	107
<b>Cuadro No. 4.</b> Puntuaciones de la escala de valoración de depresión de Beck.....	110
<b>Cuadro No. 5.</b> Rango de edades de la muestra de pacientes con trastorno mixto ansioso depresivo.....	151
<b>Cuadro No. 6.</b> Nivel educativo de la muestra del estudio.....	153
<b>Cuadro No. 7.</b> Prueba estadística para grupos dependientes. Escala de valoración de ansiedad de Zung.....	156
<b>Cuadro No. 8.</b> Resultados antes y después de niveles de ansiedad y depresión con sus nominaciones clínicas respectivas.....	159
<b>Cuadro No. 9.</b> Prueba estadística para grupos dependiente. Escala de valoración de depresión de Beck.....	161

## ÍNDICE DE GRÁFICAS

	Página
<b>Gráfica No. 1.</b> Estado civil de las pacientes de la muestra.....	152
<b>Gráfica No. 2.</b> Condición laboral de la muestra de pacientes con TMAD.....	154
<b>Gráfica No. 3.</b> Comparación del grupo según las puntuaciones T en la Escala de Ansiedad de Zung en el Pretest y Postest.....	155
<b>Gráfica No. 4.</b> Comparación del grupo según las puntuaciones T en la Escala de Depresión de Beck, en el Pretest y Postest.....	160

## INTRODUCCIÓN

Los trastornos mentales como entes patológicos han sido el blanco del interés y motivación de una de las especialidades de la psicología: La psicología clínica. Y este interés y motivación radica, precisamente, en que los primeros son una parte importante del campo de estudio y trabajo de la segunda.

En esta investigación dentro de la especialidad de la psicología clínica, se ha querido escudriñar sobre el efecto de la terapia cognitivo conductual en la disminución de los síntomas de ansiedad y depresión de un grupo de pacientes diagnosticadas con trastorno mixto ansioso depresivo.

De acuerdo a la revisión bibliográfica levantada y a estadísticas mundiales y locales que se investigaron para este trabajo, es claro que los trastornos de ansiedad y más aún los trastornos relacionados con el estado de ánimo, específicamente la depresión, son los de mayor incidencia y prevalencia a nivel mundial. Como también se pudo conocer a través de dichas fuentes que los trastornos mencionados, generalmente se focalizan en atención primaria.

En Panamá se cuenta con muchas unidades ejecutoras de salud creadas precisamente para ofrecer alivio a las necesidades en este aspecto, a través de atención primaria a una gran parte de la población total. Sin embargo, en muchas ocasiones y por diversas razones, los tratamientos que se aplican a los aquejados no resultan muy efectivos, toda vez que con frecuencia los

diagnósticos no son acertados y esto dificulta aún más el tratamiento de los mismos.

Todas estas razones permitieron que se determinara trabajar con el tema del trastorno mixto ansioso depresivo y con el modelo de tratamiento cognitivo conductual propuesto por Aaron Beck y dirigido a la depresión y la ansiedad.

Es evidente que la terapia cognitivo conductual ha tomado gran auge dentro de los tratamientos utilizados para atender los diversos trastornos psicopatológicos. El mismo presenta características que se ajustan con bastante acierto a las condiciones de atención que se tienen en éste y en muchos otros países del mundo.

El modelo de tratamiento parte de la premisa de que no es la situación específica que se experimenta la que producirá síntomas negativos, como la forma en que se piensa sobre la misma. Desde esta perspectiva el modelo con el que se trabajó, propone la reestructuración cognoscitiva como técnica para modificar el pensamiento de las pacientes, utilizando además técnicas conductuales que ayudaron a que disminuyeran los síntomas y alcanzaran el bienestar deseado.

Este informe de investigación presenta en su primer capítulo de fundamento teórico, diversos aspectos sobre la ansiedad y la depresión como variables dependientes, también sobre el trastorno mixto ansioso depresivo con



el cual se trabajó en este estudio: La definición, las causas, los síntomas y el tratamiento, fueron algunos de los puntos tratados.

En un segundo capítulo de fundamentación teórica se desarrolla sobre la terapia cognitivo conductual, como variable independiente. Toca aspectos como los orígenes de la terapia cognitivo conductual, los principales exponentes, algunas investigaciones sobre la efectividad de la misma, el desarrollo de aspectos generales sobre las técnicas tanto cognitivas como conductuales que se utilizaron en el programa de tratamiento.

El tercer capítulo, sobre la metodología, expresa la justificación y planteamiento del problema, los objetivos, las hipótesis y variables con sus respectivas definiciones tanto conceptual como operacional, el diseño estadístico que se utilizó, el preexperimental con un solo grupo, comparando las diferencias de medias antes y después de que se aplicó el tratamiento. También se recoge en este capítulo los instrumentos y el procedimiento utilizados para el desarrollo de esta investigación.

El cuarto y último capítulo compila los resultados del estudio y el análisis de los mismos, cuales permitieron elucubrar las conclusiones y recomendaciones presentadas al final del informe de investigación.

Finalmente se muestra la literatura consultada, conformada de un amplio repertorio, como también un anexo que recoge gran cantidad de información de

relevancia para esta investigación como lo son el desarrollo de las sesiones, las tareas para casa, asignadas en cada sesión y las copias de los instrumentos de evaluación.

Este trabajo, ya finalizado, representa el esfuerzo físico e intelectual que se mostró por cumplir con los objetivos propuestos que llevarían a una meta primaria, de tal forma que se espera que su contenido sea importante para el conocimiento general como también para infundir el ánimo de investigar.

**CAPÍTULO I**  
**FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA**

## **1. Ansiedad**

La historia de la ansiedad es muy larga si se toma en cuenta que desde los tiempos antiguos, los médicos de la época identificaron muchos de los síntomas que se encuentran tipificados dentro de los trastornos de ansiedad. Ya para el siglo XVII, el alemán William Cullen, habla por primera vez del término neurosis que posteriormente popularizaría Sigmund Freud, y dentro del cual se incluiría el concepto que hoy se entiende por ansiedad. Este último conceptuó la ansiedad en términos de una señal de peligro y que constituía un componente central de la neurosis (Belloch, Amparo y col. 2009; página 47).

Para la segunda mitad del siglo XX y específicamente para la década de los cincuenta y sesentas las investigaciones psicológica, se dirigían hacia lo que era la esquizofrenia, con sus síntomas y manifestaciones; para los años setentas se enfocó sobre todo hacia lo relacionado con la depresión; sin embargo, para la década de los ochenta, el interés se desvía hacia la ansiedad como trastorno que cobraba fuerza en la sociedad norteamericana. Para el año 1985 dos psicólogos Husain y Jack Maser, afirman que la década de los años ochenta pasaría a la historia como la década de la ansiedad, y es a partir de entonces cuando la misma pasa a ocupar un lugar preferente que perdura hasta nuestros días (Baeza, J.C.; Balaguer, G.; Belchi, I, 2010; página 10).

En Belloch y et. al., (2009), se encuentra que las investigaciones epidemiológicas y clínicas indican que la ansiedad hoy por hoy es el problema de mayor presencia comparado con todos los trastornos psiquiátricos, como también que la misma es una de las principales causas por las que las personas acuden al médico de atención primaria; ésto los lleva a proponer que a la ansiedad, como ente patológico, se le debe prestar mayor atención debido a su alto índice de ocurrencia (Belloch, Amparo y col., 2009; página 44).

Esta realidad en Panamá no es diferente pues los datos estadísticos investigados en el Hospital Regional de Azuero Anita Moreno, ubicado en la provincia de Los Santos, indican que los entes clínicos relacionados con los trastornos de ansiedad fueron los de mayor incidencia en la atención de consulta externa en dicho hospital, para el año 2011.

Burgos Varo y col. (2006), realizaron un estudio utilizando algunas técnicas de tratamiento cognitivo conductual, trabajando con pacientes con este padecimiento; lo que los llevó a expresar que los casos de ansiedad, que son muy frecuentes en atención primaria, constituyen por sí uno de los principales motivos de consulta y se relacionan con una gran cantidad de demandas que se refieren a dolencias somáticas inespecíficas que no se corresponden con patologías concretas.

### **1.1. Definición**

Las exigencias y condiciones del mundo actual se convierten en caldo de cultivo para los trastornos relacionados con la ansiedad, entendiéndose ésta como un mecanismo normal, adaptativo, que se activa ante situaciones percibidas como amenazantes mediante procesos de evaluación conscientes o automáticos, acertados o no (Baeza, Balaguer y Belchi, 2010, página 24). Pareciera ser la respuesta a un peligro indefinido, distante o, incluso, ignorado. Es a la vez una reacción fisiológica, conductual y psicológica.

Camerini (2001), abordado por Fabio Bethancourt (2004), expresa que desde el punto de vista psicológico, la ansiedad es un estado subjetivo de aprensión e intranquilidad. En las situaciones más extremas puede hacer sentirse al individuo alienado y experimentando miedo a la muerte, al grado de alterar su normal desenvolvimiento (Julio Camerini, 2001, en Fabio Bethancourt e Isaías Madrid, 2004, página 4). No obstante, la característica más importante de la ansiedad es su carácter anticipatorio, es decir, posee la capacidad de prever o señalar el peligro o amenaza para el propio individuo, confiriéndole un valor funcional importante (Sandín y Chorot, 1995; En Baeza, J.C.; Balaguer, G.; Belchi, I., 2010; página 8); esta utilidad biológica – adaptativa, sin embargo, puede llevar a la ansiedad normal a convertirse en patológica, cuando dicha utilidad se torna desadaptativa al anticiparse a un peligro irreal, a una situación que no reúne los elementos para convertirse en un estímulo real, como para



causar graves síntomas y niveles de ansiedad (Belloch, Amparo y et. al., 2009; página 45).

Así, la ansiedad es un mecanismo adaptativo de defensa que ante diversas situaciones, a través de un proceso de valoración determinará si son amenazantes o no dichas situaciones. Baeza Juan et. al., (2010), explican sobre el carácter anticipatorio de la ansiedad y de que es una condición esencial en la misma:

“Sin anticipación no hay ansiedad: si la función de la ansiedad es movilizar al organismo frente a posibles peligros o amenazas, la ansiedad ha de activarse antes de que el peligro se materialice. La anticipación, pues, es un proceso de evaluación cognitiva que, sobre la base de la experiencia y otras fuentes de conocimiento, prevé las consecuencias que un acontecimiento dado provocará en el individuo” (Baeza, Balaguer y Belchi, 2010; página 22).

Se refiere básicamente a: Cómo, cuándo, de qué manera algo perjudica o beneficia (evaluación primaria). Qué puede hacerse al respecto, los recursos con que cuenta la persona para afrontar la situación (evaluación secundaria) (Lazarus y Folkman, 1986; En Baeza, Balaguer y Belchi, 2010; página 22). Qué capacidad se atribuye la persona para hacerlo (expectativa de eficacia) (Bandura, 1987; En Baeza, Balaguer y Belchi, 2010; página 22). Sin embargo, cuando la capacidad anticipatoria no cumple su función persé, entonces se puede estar cruzando de lo normal a lo patológico.



Los trastornos de ansiedad se caracterizan por tener a la ansiedad o el miedo como elementos principales del sufrimiento humano. Sin embargo, a veces los síntomas que se presentan no alcanzan la intensidad, la frecuencia o la repercusión en la vida social, laboral o personal como para justificar un diagnóstico formal de trastorno de ansiedad (Pedro Moreno, 2008, p. 31). Aquí es oportuno hacer la distinción entre ansiedad y el miedo o terror. Como dijera Lazarus (2000), en su libro, estrés y emoción: manejo e implicaciones en nuestra salud; en base a las diferencias sustanciales es un error considerarlas como idénticas y es razonable subrayar las diferencias existentes entre ambas. Es importante esclarecer la vinculación estrecha entre la ansiedad y el terror o miedo, pero igualmente conocer con claridad sus diferencias.

El terror se puede apreciar cuando se está ante un peligro inmediato de sufrir un accidente grave o de morir por una emergencia que amenaza nuestra vida. Obviamente se da una intensa movilización psicológica. El terror es repentino y normalmente de poca duración; o bien concluye el peligro o sufrimos el accidente y morimos. La ansiedad connota síntomas de aprehensión, incomodidad, de preocupación. Sin embargo, este estado de incomodidad es vago, difuso, continuo y anticipador. La ansiedad conlleva peligro para nuestra identidad de ego, o sea quienes somos, hacia donde nos dirigimos; por tanto se considera como una emoción existencial (Lazarus, R., 2000; página 241).

En otro orden de ideas se puede observar que la ansiedad tiene una connotación, en una de sus aristas, de mecanismo adaptativo, o sea, que desde este punto de vista, es un mecanismo inherente al ser humano (y aún en los animales), que se propone como una conducta defensiva ante situaciones estresantes y amenazadoras. Puede considerarse entonces la ansiedad como aliada del ser humano mientras desempeñe su función de alertar, de adaptar y de defender a quien la experimenta ante la situación específica que la provoque. No obstante, en otra de sus aristas, si la ansiedad sobrepasa determinados límites se convierte en un problema de salud, impide el bienestar e interfiere notablemente en las actividades sociales, laborales o intelectuales de la persona, y puede limitar su libertad de movimientos. En estos casos no estamos ante un simple problema de nervios, sino ante una alteración.

De esta manera, si lo que acontece es grave, pero no nos afecta, el nivel de alarma será bajo, aunque no podamos hacer nada frente a los acontecimientos. Si lo que sucede nos afecta, si no podemos influir el curso de los hechos, pero las consecuencias son menores, el nivel de alarma será pequeño. Si lo que ocurre nos afecta de modo importante, pero tenemos los recursos para poder afrontarlo, la ansiedad será moderada y se convertirá en una valiosa ayuda para manejar la situación. Sin embargo, si lo que sucede o pudiera suceder afecta a nuestro estatus o a nuestros planes de manera grave, si no contamos con los medios necesarios o no están disponibles, es decir, si nos vemos desbordados, los niveles de alarma y miedo serán muy altos, pudiendo llegar incluso a comprometer nuestro bienestar y nuestra actuación (Baeza, Balaguer y Belchi, 2010, página 25).

La ansiedad, entonces, puede oscilar de un extremo a otro: desde cuando se nos presenta como una alarma, una defensa hasta cuando se nos pueda presentar como un trastorno. Es claro entonces que la ansiedad definida como normal no debe ni se puede eliminar, como tampoco sus manifestaciones, lo que sí precisa es aprender a manejarla. Sin embargo, cuando se define la ansiedad como un trastorno, es claro que se debe reducir o minimizar, si no eliminarla, puesto que sí estaría afectando la vida del individuo que la padezca.

## **1.2 Causas**

Si entendemos que la conducta del ser humano está mediada por dos grandes factores como lo son la herencia y el ambiente, se puede comprender que la conducta ansiosa no es la excepción; de esta forma es claro que una de las causas fundamentales de la ansiedad se encontrarían en los factores genéticos, existiendo una predisposición al trastorno, aunque se desconoce su contribución exacta y el tipo de educación en la infancia y la personalidad, presentando mayor riesgo aquellas personas con dificultad para afrontar los acontecimientos estresantes. (Pilar López García, 2011; revista, página 3).

Además de los factores genéticos existen otros factores que atañen más que nada a situaciones internas de la persona como también al ambiente que los rodea, entre los que se pueden mencionar están los trastornos físicos y fisiológicos (enfermedades), las experiencias negativas propias del ciclo de vida

(noviazgo, matrimonio, hijos, jubilación, etc.), las relaciones interpersonales dentro del hogar, de la comunidad y en el medio laboral.

### **1.3. Síntomas**

La ansiedad tiene diversidad de síntomas, concibiendo a éstos como la aportación que hace el sujeto de su estado, como también signos observables. Debe entenderse que los síntomas que a continuación se mencionarán, no aparecen en su totalidad en todas las personas que manifiestan ansiedad, como también que cuando se trata de una ansiedad de alerta, de defensa o normal, son pocos los síntomas que presentan y los que aparecen lo hacen en una baja intensidad. A continuación se expondrán de acuerdo a las diversas áreas en que se pueden dividir:

#### **1.3.1 Afectivos**

Dentro de los síntomas afectivos o emocionales en la ansiedad, que son aquellos que tienen que ver con lo que siente y experimenta emocionalmente la persona, pueden observarse la inquietud, el agobio, sensación de amenaza o peligro, ganas de huir o atacar, inseguridad, sensación de vacío, sensación de extrañeza o despersonalización, temor a perder el control, celos, sospechas, incertidumbre, (Baeza, Balaguer y Belchi, 2010, página 26).



### **1.3.2 Conductuales**

La ansiedad presenta síntomas conductuales (observables), los que la persona manifiesta en su actuar, y se pueden mencionar los que siguen: Estado de alerta e hipervigilancia, inhibición, bloqueos, torpeza o dificultad para actuar, impulsividad, inquietud motora, dificultad para estar quieto y en reposo. Estos síntomas vienen acompañados de cambios en la expresividad corporal y el lenguaje corporal: posturas cerradas, rigidez, movimientos torpes de manos y brazos, cambios en la voz, expresión facial de asombro, duda o crispación, etc. (Baeza, Balaguer y Belchi, 2010; página 26).

### **1.3.3 Fisiológicos**

Dentro de los síntomas físicos, que son aquellos que al exponerse el sujeto a un estímulo sensorial, alteran o producen cambios en la función del órgano o proceso específico; están los que siguen: Incremento del ritmo cardíaco (Taquicardia), palpitaciones fuertes, opresión en el pecho, falta de aire, temblores, incremento de la temperatura que da como resultado la sudoración, molestias digestivas, náuseas, vómitos, nudo en el estómago, sensación de obstrucción en la garganta, agarrotamiento, tensión y rigidez muscular, dilatación muscular, cansancio, hormigueo, sensación de mareo e inestabilidad. Si la activación neurofisiológica es muy alta pueden aparecer alteraciones del sueño, la alimentación y la respuesta sexual (Baeza, Balaguer y Belchi, 2010; pág. 26).

### **1.3.4 Cognitivos**

Los síntomas psicológicos o cognitivos son aquellos que tienen que ver con la alteración de los contenidos del pensamiento como también del ánimo, entre ellos tenemos los siguientes: Dificultades de atención, concentración y memoria, aumento de los despistes y descuidos, preocupación excesiva, expectativas negativas, rumiaciones, pensamientos distorsionados e importunos, incremento de las dudas y la sensación de confusión, tendencia a recordar sobre todo cosas desagradables, sobrevaloración de pequeños detalles desfavorables, abuso de la prevención y de la sospecha, interpretaciones inadecuadas, susceptibilidad, dificultad para tomar decisiones, etc. (Baeza, Balaguer y Belchi, 2010, pág. 26).

## **1.4 Tratamiento**

La ansiedad ha sido un trastorno con identidad propia desde hace mucho tiempo y desde entonces se trata como tal. Generalmente la misma se aborda con un tratamiento que combina la utilización de fármacos y psicoterapia, dando resultados alagadores en muchas ocasiones. Dentro de la terapia farmacológica se utiliza una amplia gama de medicamentos, como los ansiolíticos de frecuente utilización.

De acuerdo a Pilar López, en su artículo de la revista psiquiatría y salud mental, otros de los fármacos que se utilizan son los antidepresivos, no obstante

a dosis más elevadas de las requeridas para tratar la depresión. También son útiles las benzodiacepinas, que controlan los síntomas con rapidez, aunque no deberían administrarse de forma prolongada (Pilar López García, 2011; revista, página 2).

Por otro lado existen distintas técnicas de psicoterapia para los trastornos de ansiedad encaminadas al aprendizaje de técnicas para el manejo de la misma (Pilar López García, 2011; revista, página 2). De esta manera se puede observar que después de la década de los años sesenta, las variables cognitivas empiezan a cobrar importancia en el ámbito de la Psicología, dando lugar al enfoque cognitivista. Y sin lugar a dudas, la mayor aportación del enfoque cognitivo ha sido desafiar el paradigma estímulo-respuesta, que se había utilizado para explicar la ansiedad (Baeza, J.C.; Balaguer, G.; Belchi, I., 2010; página 17).

La terapia cognitiva conductual plantea la necesidad de que se preste atención a las cogniciones de las personas con una u otra patología o trastorno; de esta manera Keegan (2008), manifiesta que siendo las creencias de las personas ansiosas revestidas de una capa de negatividad, de manera que para ellos el mundo es un lugar hostil, amenazador y peligroso; entonces el trabajo del terapeuta no es negar los peligros que realmente existen, sino procurarles pensamientos más objetivos y basados en lo real, esto es un pensamiento más flexible (Keegan, 2008; página 88).

Otra de las alternativas de tratamiento para la ansiedad es el EMA (Entrenamiento en Manejo de la Ansiedad). El EMA consiste en enseñar a los pacientes a utilizar la relajación y otras habilidades, en diversas situaciones, con el propósito de controlar las reacciones de ansiedad (Suinn, 1972; En Bas Ramallo, 2003; página 15). Los pasos que sigue el EMA son los siguientes:

- Entrenamiento en racionalidad y en relajación.
- Práctica de aumento de la ansiedad y el control de la misma.
- Entrenamiento en discriminación de señales.
- Entrenamiento graduado en autocontrol.
- Transferencia a la vida real.

## **2. Depresión**

Las manifestaciones de la depresión se han evidenciado desde tiempos muy antiguos, de manera que, la incapacitación y la tristeza son elementos que desde siempre se asociaron a estados que posiblemente hoy se podrían llamar depresión.

Aunque en los albores de la época moderna, el término melancolía era la etiqueta diagnóstica más usada, la palabra depresión se comienza a utilizar con frecuencia durante el siglo XIX, y ya a principios del siglo XX se emplea como término diagnóstico con bastante asiduidad (Jackson, 1985; En: Belloch, Amparo



y col. 2009; página35). El cambio del término lo proporciona el psiquiatra alemán Kraepelin a finales del siglo XIX.

La depresión, al igual que la ansiedad, se presenta como un fenómeno normal en la vida de todos los individuos cuando pasan por situaciones de fracasos, frustraciones, decepciones, otros; que generalmente la persona que la experimenta logra salir de ese estado pasajero, puesto que actúa como proceso adaptativo y guarda relación con el sistema de defensa del organismo ante riesgos o amenazas (Gemma Belchi, 2010, página 63). Sin embargo, cuando la depresión se presenta como un trastorno, entonces es urgente que se busque la ayuda necesaria.

Los teóricos de la depresión no han llegado a un acuerdo respecto a las fronteras que delimitan una respuesta depresiva normal de una respuesta depresiva patológica. Para algunos autores, los estados depresivos simplemente varían en una única dimensión, en un continuo de gravedad, de tal modo que los cuadros depresivos se diferenciarán sólo por la intensidad cuantitativa de los síntomas (Beck, 1976; Goldberg y Huxley, 1992; En Belloch, Amparo y col. 2009; página 236).

Amparo Belloch (2009) dice que de hecho, la depresión es el diagnóstico clínico que potencialmente tiene más peligro de mortalidad debido a las

conductas suicidas (Belloch, Amparo y col. 2009; página 235). Con relación a las estadísticas Benito Estrada Aranda (2012), expresa:

“En la actualidad, los trastornos depresivos representan un grave problema de salud, y están considerados por la Organización Mundial de la Salud como la segunda causa de discapacidad en el mundo para el año 2020”.

A pesar de que se está investigando y enfocando mucho la atención sobre la biología de la depresión y muy ligado, sobre la quimioterapia de la depresión, durante los tres últimos lustros, los índices de la misma no parecen estar disminuyendo; de hecho las estadísticas sobre suicidios (que con frecuencia se toman como índices significativos de la depresión), más que disminuir, parecen ir en aumento, a nivel mundial (Beck, 2011, página 12).

En nuestro país y específicamente en la región de azuero esta realidad no es diferente, en cuanto al suicidio. Si se observan los datos estadísticos del Hospital Regional de Azuero, Anita Moreno, ubicado en la provincia de Los Santos, en cuanto a la morbilidad de patologías mentales, la atención en hospitalización de los intentos de suicidios parecen ir en aumento. Comparando los informes de estadísticas anuales 2010, 2011 y primer semestre de 2012, la tendencia clara es al incremento de los casos de los intentos autolíticos (Archivos del sistema estadístico de salud, HRAAM, 2012). Haciendo un

ensayo predictivo podría esperarse que al terminar el segundo semestre de 2012, la cifra total del mismo superará los años anteriores.

Los psiquiatras Julio Bobes y Juan Méjica (2012) han apuntado que las enfermedades de tipo depresivo van en aumento siendo varias las causas de esta subida, tales como el estrés y la crisis económica actual. Además, los estudios más recientes demuestran que el nivel de daño funcional es comparable al que existe en las enfermedades médicas más graves, incluyendo el cáncer y las enfermedades coronarias (Segal, Z. V.; William, J.M.; Teasdale, J. D.; 2008. Página 31), por lo cual es importante revisar constantemente las posibles y mejores alternativas para tratar el problema, que se está convirtiendo con rapidez en el principal desafío dentro del campo de la salud mental.

La depresión no debe entenderse como un ente aislado, pues puede encontrarse su presencia en cuadros de enfermedades orgánicas para las cuales la primera puede representar un elemento dentro de la etiología de las segundas. En alguna literatura se ha encontrado que la depresión se asocia a un aumento del riesgo de desarrollar cardiopatía isquémica, un aumento de la mortalidad a corto y largo plazo después de un infarto de miocardio, y una disminución de los éxitos en la rehabilitación después del infarto de miocardio (Evans, D., E.; Charney, D.; Lewis, Lydia, 2007; página 30).

Es evidente entonces, que de acuerdo a estadísticas a nivel mundial, el número de personas que sufren depresión, va en aumento. Con base a los datos de los hospitales y los estudios comunitarios, dicho trastorno del ánimo se encuentra entre las condiciones psiquiátricas más prevalentes, un descubrimiento que es extraordinariamente consistente en todo el mundo. Datos epidemiológicos recientes, obtenidos de aproximadamente 14.000 pacientes encuestados en seis países europeos, plantean que el 17% de la población informó haber experimentado depresión durante los seis meses anteriores (Segal, Z. V. y Col., 2008, página 30).

La depresión es considerada frecuentemente como el "resfriado" de los trastornos mentales (Dozois y Dobson, 2004; En Clínica y Salud. Volumen 21 N° 1; pág. 60 - 61). Aunque esta afirmación es acertada en términos de su elevada prevalencia, tiende a minimizar las consecuencias de la depresión a nivel personal y social; lo que es un inconveniente para los efectos de los esfuerzos que se determinan para disminuir su incidencia.

De acuerdo a estadísticas mundiales sobre la depresión, presentadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005), generalmente las personas que presentan cuadros depresivos se resisten bastante a acudir a un médico cuando presentan síntomas físicos y cuando lo hacen, hasta once meses después de los inicios de los mismos, aún los médicos se tardan hasta cinco sesiones para diagnosticar la depresión. Por esa misma línea de ideas, las



investigaciones también han revelado que casi el 72 % de las personas que padecen de depresión, no creen, antes de su diagnóstico, que los síntomas físicos dolorosos como el dolor de cabeza sin motivo, dolor de espalda, trastornos gastrointestinales y demás dolores son síntomas comunes de la depresión. Sin embargo, un 79% reconoció que fueron los síntomas físicos los que les llevaron a acudir a la consulta (OMS, 2005).

En el mismo estudio realizado por la OMS (2005), se demuestra que un 69% de los pacientes diagnosticados de depresión han descrito síntomas físicos como la principal causa de su queja de salud.

De las múltiples investigaciones médicas llevadas a cabo por la OMS (2005), se revela que de la cifra aproximada de 340 millones de personas en el mundo que padecen de depresión, solo el 33.33% reciben tratamiento, lo que sugiere que al menos un 66.66%, nunca reciben tratamiento (OMS, 2005). Esta realidad indica que se requiere de mayor conocimiento sobre la relación de los síntomas físicos de dolor con la depresión, para que pueda darse una verdadera disminución de este trastorno como también la búsqueda de ayuda oportuna y expedita para tal padecimiento.

Es obvio que estas estadísticas mundiales incluyen a Panamá como país que no escapa de esta realidad. Por este orden de ideas es interesante presentar algunos datos estadísticos recabados en el Hospital Regional de

Azuero Anita Moreno, en los cuales queda claro que los trastornos del estado de ánimo parecen ir en aumento, tomando en cuenta los años 2010, 2011 y el primer semestre del 2012, de informes de egresos hospitalarios de casos de morbilidad mental. En cuanto a las atenciones de consulta externa en 2011, los trastornos relacionados con el estado de ánimo son los segundos con más frecuencia de atención, sólo superados por los trastornos relacionados con la ansiedad. Para el año 2012, las consultas externas han atendido, en el primer semestre, más de la mitad de los casos de trastornos del estado de ánimo, que el año pasado, lo que reafirma el incremento anual de los casos capturados en el sistema de estadísticas de salud del hospital mencionado anteriormente (Archivos del sistema estadístico de salud, HRAAM, 2012).

## **2.1. Definición**

La depresión puede entenderse como un trastorno afectivo caracterizado por la tristeza y la pérdida de interés o de la capacidad para experimentar placer. El término depresión mental fue utilizado por primera vez por el psiquiatra escocés Robert Whytt (1714-1766), uno de los fundadores de la neurofisiología. A veces se ha utilizado como síntoma, sinónimo de tristeza, sobre todo con el adjetivo deprimido (Ildefonso Gómez, 2012). Por otro lado, y siendo más específico en su definición Juan Carlos Baeza et. al. (2010), define la depresión como una afectación del estado de ánimo caracterizada por sentimientos de

tristeza, desilusión, inutilidad, desesperanza, culpa, inferioridad y falta de energía (Baeza, J.C.; Balaguer, G.; Belchi, I, 2010; página 63).

En este punto es necesario establecer la relación entre depresión y tristeza. Del mismo modo en que Lazarus (2000), establece la relación de similitud y diferencias entre la ansiedad y el terror, lo hace con respecto a la depresión y la tristeza. La depresión como emoción expresa síntomas de ansiedad, ira, culpabilidad y vergüenza. Ésta se vincula a una sensación de indefensión ante una pérdida importante; pero puede restaurarse. La tristeza evoca la carencia de esperanza de recuperar lo perdido y no está mediada por la desesperación.

## **2.2. Causas**

No existe una causa única conocida de la depresión. Sin embargo, parece que inciden factores de orden genético, psicológicos y bioquímicos; en este último factor se observa el comportamiento de los medicamentos que ocasionan diversos desequilibrios de neurotransmisores en las enfermedades psiquiátricas (Elkin, David, 1999; página 1).

Las tecnologías para obtener imágenes del cerebro, tales como las imágenes por resonancia magnética, han demostrado que el cerebro de las personas con depresión luce diferente del de quienes no la padecen. Las áreas del cerebro responsables de la regulación del ánimo, pensamiento, apetito, y

comportamiento parecen no funcionar con normalidad. Además, hay importantes neurotransmisores, sustancias químicas que las células del cerebro utilizan para comunicarse, que parecen no estar en equilibrio. Sin embargo, estos estudios no son concluyentes ni suficientes como para establecer causas categóricas de la depresión (NIMH, 2009).

### **2.3. Síntomas**

La depresión marca uno de los trastornos con una sintomatología amplia que puede manifestarse con una disminución psicomotora del habla, del andar y de los gestos, además de un rostro típicamente deprimido. El paciente dirá que siente que la vida no vale la pena, que no tiene por qué luchar, que no tiene ganas de seguir viviendo, que nada le proporciona placer, que nada le sale bien, que es una mala persona que no merece vivir. Todos estos síntomas generalmente hacen referencia a depresiones fuertes. Sin embargo, en muchas ocasiones el cuadro depresivo se presenta menos agudo, con manifestaciones generales de sentirse triste, desanimado, deprimido e infeliz y, de acuerdo a Bellack esta sensación se marca con mayor énfasis, en las mañanas. La sintomatología de la depresión es muy amplia y para su mayor comprensión se clasifica en diversas áreas, según sus características.



### **2.3.1. Afectivos**

Dentro de los síntomas afectivos de la depresión pueden mencionarse los que siguen: Sentimientos persistentes de tristeza, ansiedad, o vacío, sentimientos de desesperanza y pesimismo, sentimientos de culpa, inutilidad, e impotencia, sentimientos de vergüenza, de cólera (NIMH, 2009, pág. 4)

### **2.3.2. Conductuales**

La pasividad, evitación e inercia, dificultades para el manejo social, que incluye rehuir las fiestas o reuniones sociales, conversación con otras personas, etc.; todos éstos son síntomas que se manifiestan de una u otra forma en la mayoría de los casos que ilustran la depresión.

### **2.3.3. Fisiológicos**

En el área de lo fisiológico los principales síntomas que se manifiestan en el trastorno depresivo, son los que siguen, entre otros: Las alteraciones del sueño (Insomnio, despertar muy temprano, o dormir demasiado) y las alteraciones sexuales y del apetito (Comer excesivamente o perder el apetito).

### **2.3.4. Cognitivos**

Los síntomas cognitivos que se observan en la depresión van desde la indecisión, autocrítica, percepción de los problemas como abrumadores e

insuperables, visión polarizada ante los hechos (ver lo negativo en lo positivo), problemas de memoria y concentración, cuando se trata de una depresión aguda, ideación suicida (Ruíz, Juan; Cano, Justo. 1992).

#### **2.4. Tratamiento**

A lo largo de la historia existen múltiples referencias de condiciones que parecen estar relacionadas a la depresión como es el caso de la melancolía. Estas manifestaciones de la depresión llevaron a buscar diversos métodos para contrarrestarlas. Existen evidencias que desde tiempos muy lejanos se utilizaron métodos y técnicas que pudieran entenderse como precursoras de lo que hoy es la psicoterapia breve; por ejemplo. Ya en el siglo pasado se notaron incursiones menos influidas por el matiz psicodinámico y más vinculadas a corrientes como la fenomenológica o la gestalt, de manera que en la década de los setentas ya se incluyen abordajes dentro de la línea de la terapia cognitiva específicamente.

Elkin (1999), expresa que la psicoterapia cognoscitiva y de comportamiento se encamina a que los pacientes aprendan a controlar los pensamientos negativos e intentar la modificación de los esquemas y modos de pensamiento, de manera que puedan experimentar sus vivencias de forma más positiva (Elkin, David, 1999; página 12).

En el último cuarto del siglo pasado, en la década de los setentas, las incursiones, como la de Aaron Beck, fueron puntuales para lo que se considera

los inicios de la terapia cognitivo conductual y específicamente para la terapia cognitiva enfocada al tratamiento de la depresión. El modelo cognitivo de la depresión surge de las observaciones clínicas e investigaciones experimentales (Beck, 1963, 1964, 1967, 2011). Con estas bases de desarrollo del modelo, éste ha ido evolucionando hasta llevar a la terapia que hoy día se aplica a los pacientes que padecen de depresión. El modelo propone tres conceptos puntuales para explicar el sustrato psicológico de la depresión (Ver acápite 3.2.1. del capítulo II, para mayor detalle):

- La triada cognoscitiva.
- Los esquemas.
- Los errores cognitivos (errores en el procesamiento de la información).

Este modelo requiere de un conocimiento claro sobre los trastornos depresivos como también sobre la teoría sobre la depresión, para lograr buenos resultados.

Pese a los adelantos en cuanto al tratamiento para la depresión, uno de los aspectos más sorprendentes y perturbadores que surge de los estudios sociológicos sobre este padecimiento, y otras enfermedades mentales, es la baja tasa del uso de los Servicios de Salud Mental (Zindel V. Segal y Col., 2008; página 31).

Por esta misma línea de pensamiento, Segal, Z. se refiere a la incapacidad para solicitar ayuda, especialmente en el caso de la depresión, para la cual existe un tratamiento efectivo, lo que ha llevado a convertirse en una importante cuestión de sanidad pública. Como respuesta a lo anterior se ha empleado la publicidad para educar al público sobre los síntomas de la depresión y las opciones terapéuticas disponibles (Segal, Z. V. y Col., 2008; página 32).

De acuerdo a investigaciones del instituto Nacional de Salud Mental de Los Estados Unidos, existen dos tipos de psicoterapias de gran relevancia para el tratamiento de la depresión: la terapia cognitivo conductual (con el objetivo común de cambiar el modo en el que los pensamientos, imágenes e interpretaciones de la realidad contribuyen a la aparición y mantenimiento de los trastornos emocionales y conductuales asociados con la depresión) y la terapia interpersonal (que afirma que aprender a resolver disputas interpersonales y a cambiar roles aliviaría la depresión).

La terapia cognitivo conductual procura enseñar nuevas maneras de pensar y de comportarse de manera que las personas puedan cambiar sus estilos negativos de pensamiento y de comportamiento que contribuyen a su depresión. La terapia interpersonal ayuda a las personas a entender y resolver relaciones personales problemáticas, que pueden causar o empeorar su depresión (NIMH, 2009, página 19).



Bas Ramallo, en su libro *Las terapias cognitivo-conductuales: una segunda revisión crítica*, explica que en los estudios llevados a cabo por Rush, Beck, Kovacs y Hollon (1977 y 1981), acerca de la relación del tratamiento farmacológico de la depresión versus el tratamiento con terapia cognitivo conductual, éstos demostraron la eficacia diferencial de la misma en una muestra de sujetos con seguimiento por un año (Rush, Beck, Kovacs y Hollon, 1977; Kovacs, Rush, Beck, y Hollon, 1981. En: Bas Ramallo, F., 2003; pág. 34).

Sin embargo, el tratamiento farmacológico es otra de las alternativas muy utilizadas en la disminución o remisión de los síntomas de la depresión y que en conjunto con la psicoterapia puede dar muy buenos resultados. En su artículo sobre el tratamiento farmacológico de la depresión, Catena Dell'Osso explica que a pesar de que los antidepresivos disponibles han demostrado su eficacia y han mejorado mucho el pronóstico del trastorno, la gestión actual de la depresión está lejos de ser satisfactoria (Catena Dell'osso M., 2012).

Los medicamentos antidepresivos, descubiertos y empleados por primera vez en los años cincuenta, habrían sido perfeccionados hasta el punto de que varios de ellos han demostrado con evidencia su eficacia. La mayoría de estos fármacos actúan sobre la función cerebral de los neurotransmisores que son los mensajeros químicos que permiten que los impulsos neuronales crucen de una fibra nerviosa a otra por sus hendiduras o sinapsis. Sin embargo, estos tipos de fármacos han ido evolucionando hacia nuevos medicamentos con mayores

alcances, aunque no significa que los anteriores hayan perdido su efectividad o quedado en el desuso.

Resultados de estudios presentados en el instituto Nacional de Salud Mental, indican que los antidepresivos cumplen su función al normalizar los neurotransmisores y en especial la serotonina y la norepinefrina y los hallazgos indican que estas sustancias tienen injerencia en la regulación de los estados de ánimo, aunque no tienen claro cómo lo hacen. Los antidepresivos más antiguos, los tricíclicos han perdido cierta popularidad ante los más recientemente encontrados, los llamados inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina y norepinefrina. Pero lo cierto, según indican los estudios no existe una propuesta única en cuanto al tratamiento farmacológico (NIMH, 2009, página 12), situación que se paraleliza con lo expuesto anteriormente por M. Catena Dell'osso.

Está claro que la terapia farmacológica coadyuva, pero de acuerdo a investigaciones es poco probable que en ausencia de otro tipo de tratamiento, entiéndase psicoterapia, sea completamente efectivo.

Sin embargo, hay datos suficientes que reflejan que las depresiones ligeras responden mejor al tratamiento farmacológico con antidepresivos que a otros medicamentos como los ansiolíticos. Ramos Brieva (2012) explica que en los casos de depresión, la terapia con mayor efectividad es la cognitiva debido a

las características del cuadro específico y a la estructura de otros tipos de terapia (J. A. Ramos Brieva y col., 2012). No obstante, algunos estudios parecen indicar que, tanto el tratamiento farmacológico como el terapéutico darán mayores resultados cuando se aplican paralelamente, dependiendo de la intensidad con que se presenten los síntomas.

"La psicoterapia puede ser la mejor opción para tratar la depresión leve a moderada. Sin embargo, para casos graves de depresión o para ciertas personas, la psicoterapia puede no ser suficiente (NIMH, 2009)".

De acuerdo a un documento presentado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se considera de suma importancia que en el tratamiento de los casos de depresión el médico preste atención no sólo a los síntomas físicos, sino también a los emocionales. De acuerdo con los nuevos datos presentados en el XX Congreso Anual del Colegio Europeo de Neuropsicofarmacología (ECNP) celebrado en Viena, Austria, los médicos y los pacientes con depresión evalúan la gravedad de los síntomas y la mejora tras el tratamiento con fármacos de forma diferente. Los datos sugieren que los médicos pueden no considerar síntomas que son importantes para los pacientes, como el dolor y la ansiedad (OMS, 2005).

Finalmente D. Evans et al. (2007), expresa que cuando el diagnóstico de depresión es retrasado o se le da un tratamiento inadecuado, las consecuencias



pueden significar tasas mayores de utilización y de gasto sanitario innecesarios, la presentación, a modo de secuela de una amplia gama de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus, cardiopatías isquémica, cáncer, artritis, entre otras, teniendo todo esto un impacto funcional importante sobre los roles laborales y domésticos, y un aumento del riesgo de recurrencia y cronicidad.

### **3. Clasificación diagnóstica de la ansiedad y la depresión como entidades independientes**

Si bien es cierto, en esta investigación se trabajó con una muestra de pacientes con diagnóstico de Trastorno Mixto Ansioso Depresivo, se ha querido hacer una presentación de la ansiedad y la depresión como entidades independientes que la diferencian del trastorno antes mencionado. A continuación y fundamentados en el DSM IV, contrario al Trastorno Mixto Ansioso Depresivo que solo se encuentra con entidad propia en el CIE 10; se desarrollará al respecto:

#### **3.1. Trastorno de ansiedad de acuerdo a la Clasificación del DSM – IV (2001)**

Los trastornos de ansiedad abarcan una larga lista, de la cual se mencionarán los directamente relacionados con la ansiedad persé.

##### **3.1.1. El Trastorno de Ansiedad Generalizada**

Se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente durante al menos 6 meses.

### **3.1.2. El Trastorno de Ansiedad debido a Enfermedad Médica**

Se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad subyacente.

### **3.1.3. El Trastorno de Ansiedad Inducido por Sustancias**

Se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una droga, fármaco o tóxico.

### **3.1.4. El Trastorno de Ansiedad no Especificado**

Se ha incluido en esta sección, con el objetivo de poder acoger aquellos trastornos que se caracterizan por ansiedad o evitación fóbica prominente que no reúnen los criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad específica ya mencionados.

## **3.2. Trastorno de Depresión de acuerdo a la Clasificación del DSM-IV (2001)**

En primer término, la sección de trastorno del estado de ánimo incluye los trastornos que tienen como característica principal, una alteración del humor. Los trastornos depresivos se distinguen de los bipolares, por el evento que los trastornos depresivos no tienen historia previa de episodios maníaco, episodio mixto o hipomaníacos (DSM – IV, 2001). En esta sección se referirá entonces a los trastornos del estado de ánimo relacionados con los trastornos depresivos. Estos se clasifican, de acuerdo al DSM- IV en:

### **3.2.1. Trastorno Depresivo Mayor**

Se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores por ejemplo, al menos 2 semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañados por al menos otros cuatro síntomas de depresión.

### **3.2.2. Trastorno Distímico**

Que se caracteriza por al menos 2 años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo que sin él, acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

### **3.2.3. Trastorno depresivo no especificado**

Se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo (o síntomas depresivos sobre los que hay una información inadecuada o contradictoria).

#### **4. Clasificación diagnóstica del Trastorno Mixto Ansioso – Depresivo CIE – 10.**

El trastorno Mixto Ansioso Depresivo se encuentra clasificado por primera vez en el CIE-10, como entidad propia; no existe clasificación específica en el DSM IV, a no ser por separado y en trastornos específicos. Se procederá a citar lo que contiene el CIE -10 al respecto del trastorno que se está tratando.

“Esta categoría debe usarse cuando están presentes síntomas de ansiedad y de depresión, pero ninguno de ellos predomina claramente ni tiene la intensidad suficiente como para justificar un diagnóstico por separado. Una ansiedad grave, acompañada de depresión de intensidad más leve hace que deba utilizarse cualquiera de las categorías de trastorno de ansiedad o de ansiedad fóbica. Cuando ambas series de síntomas, depresivos y ansiosos, estén presentes y sean tan graves como para justificar un diagnóstico individual deben recogerse ambos trastornos y no debería usarse esta categoría. Si por razones prácticas de codificación sólo puede hacerse un diagnóstico, debe darse prioridad al de depresión. Algunos síntomas vegetativos (temblor, palpitaciones, sequedad de boca, molestias epigástricas, etc.), deben estar presentes, aunque sólo aparecen preocupaciones respecto a estos síntomas vegetativos. Si síntomas que satisfacen las pautas de este trastorno se presentan estrechamente relacionados con cambios biográficos significativos o acontecimientos vitales estresantes, debe utilizarse la categoría F43.2, trastornos de adaptación” (CIE 10, 1992: 178, 179).



Siendo reiterativos, el trastorno mixto ansioso-depresivo puede considerarse como una condición en la cual se observa el estado de ánimo disfórico persistente o recurrente que dura por lo menos un mes y se acompaña al menos durante un mes de otros síntomas depresivos y ansiosos (p. ej., dificultades para concentrarse o tener la mente en blanco, trastorno del sueño, fatiga o falta de energía, irritabilidad, preocupaciones, llanto fácil, hipervigilancia, anticipación del peligro, desesperanza y baja autoestima o sentimientos de inutilidad). Estos síntomas pueden provocar deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Guías de Práctica Clínica (GPC); pág. 40).

Este tipo de enfermos con una mezcla de síntomas comparativamente leves se ve con frecuencia en atención primaria y su prevalencia es aún mayor en la población general, pero la mayoría de los afectados rara vez demandan cuidados médicos o psiquiátricos (CIE 10, 1992: 179).

Incluye: Depresión ansiosa (leve o no persistente).

Excluye: Depresión ansiosa persistente (distimia F34.1).

#### **4.1. Sintomatología específica**

La característica esencial de este trastorno es un estado de tristeza y ansiedad persistente o recurrente que tiene una duración de al menos un mes

(Archivos de Psiquiatría, diciembre, 2011). Los síntomas más comunes en el trastorno mixto ansioso depresivo (En equivalencia de intensidad), son la ansiedad que no se limita a una situación en particular como también la depresión, manifestada por un humor depresivo y disminución de la vitalidad (Guías Diagnósticas de Salud Mental, 2006).

Expresa Molina (2004), que este estado de ánimo se acompaña de síntomas adicionales de idéntica duración, entre los cuales se incluye un mínimo de cuatro de las siguientes: Dificultades de concentración o de memoria, trastorno del sueño, fatiga o falta de energía, irritabilidad, preocupación, llanto fácil, hipervigilancia, sensación de peligro inminente para él o allegados, desesperanza y pesimismo ante el futuro y baja autoestima o sentimientos de inutilidad. Estos síntomas provocan deterioro importante de la actividad social, laboral y familiar del individuo (Molina, J; Andrade, R.; Lerma C., M. Del Pozo, M<sup>a</sup>; Cruz Q.; 2004).

#### **4.2. Diagnóstico Diferencial**

El trastorno mixto ansioso-depresivo no debe considerarse cuando los síntomas se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o de una enfermedad sistémica o si en algún momento el individuo ha cumplido los criterios diagnósticos para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno por angustia o trastorno de ansiedad generalizada. Tampoco debe

establecerse el diagnóstico si al mismo tiempo se cumplen los criterios para cualquier otro trastorno de ansiedad o del estado de ánimo, aunque estos se encuentren en remisión parcial. También es preciso que el cuadro sintomático no pueda explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental.

La mayor parte de información inicial sobre esta entidad se ha recabado en los centros de asistencia primaria, donde el trastorno parece ser más frecuente, probablemente también tenga una mayor prevalencia entre pacientes ambulatorios (Guías Diagnósticas de Salud Mental, 2006).

#### **4.3. Tratamiento recomendado**

Teniendo entidad propia dentro del CIE 10 (Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión) el trastorno mixto ansioso depresivo, por sus manifestaciones inicialmente cursa con un tratamiento farmacológico, sobre todo si se toma en cuenta que este trastorno es mayormente observado a nivel de atención primaria; sin embargo, cada vez más se tiende a combinar con psicoterapia. Con el correr del tiempo se ha incursionado en un tratamiento más discursivo, aunque en la mayoría de los casos acompañado del ya mencionado tratamiento farmacológico (Molina, J; 2004).

La terapia cognitivo conductual se ha empleado con cierta frecuencia en el tratamiento de este padecimiento. Isabel Gabalda (2009), considera



importante el tratamiento cognitivo conductual debido a sus características: Es una técnica estructurada, con límite de tiempo orientada hacia el problema y dirigida a modificar las actividades defectuosas del procesamiento de la información evidentes en trastornos psicológicos como la depresión (Isabel Caro Gabalda, 2009), y de la ansiedad y sus manifestaciones.

“Es decir, la meta de la terapia cognitiva está en corregir el procesamiento distorsionado de la información, así como las creencias y supuestos desadaptativos que mantienen nuestras conductas y emociones” (Beck y Weishaar, 1989; en Isabel Caro Gabalda, 2009; pág. 14).

Cuando el diagnóstico es un trastorno mixto ansioso depresivo, generalmente sí se requiere de un tratamiento farmacológico, adicional a la psicoterapia, donde se trata de manejar los medicamentos antidepresivos (tricíclicos o inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina). La dosis que se emplea generalmente es de 20 mg por la mañana, durante un período de seis meses por lo menos (Guías Diagnósticas de Salud Mental).

Si se observa los propósitos y meta de la terapia cognitiva, se hace entendible que sea propuesta como uno de los tratamientos que deba utilizarse para la atención del trastorno mixto ansioso depresivo, comprendiendo que los síntomas principales emanan de material antiguo, probablemente mal procesado que da como resultado un pensamiento inexacto y que al entrar en contacto con situaciones adversas del exterior o interior presente, de hecho causan daño a la persona.

**CAPÍTULO II**  
**TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL**

## **1. Definición de Terapia Cognitivo Conductual**

Actualmente es de total reconocimiento la actividad profesional de la psicología y de su función como mediadora para procurar bienestar en el ser humano. De igual forma, y para generar este bienestar, los procedimientos terapéuticos más utilizados se enmarcan dentro de ciertos criterios como los propuestos por Contreras (2011), Burgos Varo (2006), Beck (1967, 1976), cuando coinciden en expresar que dichos procedimientos deben ofrecer resultados a corto plazo, deben ser activos, directivos, ordenados y científicamente comprobados: La Terapia Cognitivo Conductual es uno de estos modelos.

Marissa Bosqued (2005) define a las terapias cognitivas como las que se componen de un conjunto de técnicas psicológicas que pretenden modificar aspectos cognitivos de la conducta del ser humano; considerando que la forma de pensar es, más que otros factores, la causante del malestar psicológico de las personas (Marisa Bosqued Lorente, 2005; página 119).

El objetivo mediato de la terapia cognitiva es que la persona revise sus cogniciones y capte los significados que le han generado dificultades de éstas para luego aprender a ver la realidad desde un punto de vista más flexible. El terapeuta debe enseñar al paciente a interpretar datos y situaciones, a dar significación a los datos más oportunos y finalmente y tal vez lo más difícil, a

reconocer las situaciones ambiguas, para luego darle significación. Aduce Keegan (2008), la única diferencia entre el paciente y el terapeuta es la experiencia del segundo que le permite ser crítico ante los pensamientos disfuncionales (Keegan, 2008; página 77).

De acuerdo a Beck (1967, 1976), la terapia cognitiva se basa en el supuesto teórico de que la conducta del individuo está determinada entre otros factores, por el modo en que el individuo estructura su pensamiento con respecto a todo cuanto lo rodea. Expresa que las técnicas que se utilizan dentro de la terapia cognitiva se enfocan a descubrir las conceptualizaciones distorsionadas y las creencias nucleares que están bajo el amparo de estas cogniciones, de allí que el terapeuta cognitivo lleva al paciente a pensar de manera más adaptativa en cuanto a sus problemas psicológicos. Utilizando técnicas tanto cognitivas como conductuales, su objetivo se encamina a identificar, delimitar y debatir las creencias infundadas y distorsiones de pensamiento que socaban la tranquilidad del paciente (Beck, 2011, página 13).

Por esta misma línea de pensamiento, Burgos Varo (2006), en un estudio sobre ansiedad en atención primaria, utilizando la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), afirma que la misma utiliza técnicas tanto conductuales como cognitivas en combinaciones diferentes, según la sintomatología que presente el paciente. Entre las técnicas que se utilizan, se pueden mencionar la relajación y respiración, entrenamiento autógeno, reestructuración cognitiva, exposición en

vivo y diferida, detención del pensamiento, resolución de problemas, etc. (Burgos Varo y col., 2006; Página 45).

Los programas de intervención cognitivo conductual se están utilizando con mayor frecuencia a nivel mundial y pareciera que, incursionando en los intentos de poder ayudar en la mayor cantidad de trastornos y patologías de raíces psicológicas y mentales, por lo cual los profesionales de la psicología parecen mostrar mucho interés hacia esa área de especialización.

## **2. Orígenes de la terapia cognitivo conductual**

Cuando se habla de los orígenes de la Terapia Cognitivo Conductual, necesariamente hay que remontarse a los orígenes de la Terapia Cognoscitiva, puesto que posteriormente al surgimiento de ésta, es cuando se incorporan las técnicas conductuales que acreditan el nombre de Terapia Cognitivo Conductual.

De acuerdo a Isabel Gabalda (2009) las terapias de reestructuración cognitiva fueron desarrolladas por teóricos con entrenamiento psicodinámico, y que ante todo destacaban el papel del significado. Se caracterizan por defender que lo que una persona piensa (o dice) no es tan importante como lo que cree (Isabel Caro Gabalda, 2009, página 39).



Se hará una breve síntesis utilizando material de diversas fuentes, entre ellas la de Fabio Bethancourt e Isaías Madrid (2004), en el folleto La Terapia Cognitiva Conductual y sus Aplicaciones a la Psicología Clínica, como también de los trabajos de J. J Ruíz y J. J. Cano (1992), en el manual de psicoterapia cognitiva, en Arturo Contreras (2004), en su libro terapia cognitivo conductual, teoría y práctica, igualmente de Isabel Gabalda (2009), en su manual teórico-práctico de psicoterapias cognitivas; que contienen las manifestaciones más importante que dieron paso a la estructuración y aplicación de la terapia cognitiva, desde los trabajos de los antiguos hasta la actualidad.

Desde el punto de vista filosófico, los antecedentes de la terapia cognitivo conductual se remontan a la filosofía estoica (350 a.C. al 180 d. C.) y la filosofía religiosa oriental budista y taoísta (F. Bethancourt; I. Madrid, 2004, página 3). El sustento de ambas filosofías descansaba por un lado, en la ciencia dirigida por la virtud que llevaba a la felicidad con el gobierno de las emociones a través del autodomínio. Por el otro lado Gautama (Buda), expresaba que se llegaba al dominio del sufrimiento (tanto físico como emocional), cuando se alcanzaba el Nirvana. Para alcanzarlo, era necesario el dominio de las pasiones humanas (dominio emocional). Si se observa en ambas posturas se nota claramente la relación de las emociones con lo racional, con lo cognitivo, que es precisamente lo que fundamenta a la Terapia Cognitiva.

Entre estas concepciones y las que se dieron en el siglo XX, hubo muchas otras posturas filosóficas que manifestaban la noción de que las emociones humanas y las cogniciones estaban estrechamente ligadas con respecto a la conducta adaptada e integrada.

Muy relacionadas a las posturas anteriores (filosóficas), se pueden encontrar las corrientes psicológicas que marcaron su influencia en el surgimiento de la Terapia cognoscitiva. Se puede hablar, entonces del Psicoanálisis que se propone como la corriente que primero utilizó el concepto de Terapia Cognoscitiva. Nombres de psicoanalistas como el de Freud, Karen Horney, Sullivan, aunque desde diferentes perspectivas, aún dentro del psicoanálisis, han ejercido gran influencia sobre el desarrollo de esta terapia.

La corriente conductista que surgió en Los Estados Unidos y figuró por muchas décadas como la de mayor auge tuvo su influencia precursora sobre la terapia cognitivo conductual. Sin embargo, sus explicaciones se limitaban a la conducta observable y medible de forma tal que para los años cincuenta (siglo pasado), surgieron muchas voces de poca conformidad con respecto a la radical postura conductista. De allí que se produjeron trabajos y teorías sobre la mente y la conducta. Se amplió, entonces la gama de procesos mentales que hasta entonces nunca se habrían contemplado por la corriente conductista ortodoxa. Esta circunstancia facilitó el desarrollo de teorías subjetivas sobre el estrés y las emociones, destacando el hecho de que las personas toman muy en cuenta, o

sea, valoran las experiencias y circunstancias de sus vidas (Lazarus, R., 2000; página 22).

Otra corriente que se entiende como precursora de la Terapia Cognoscitiva, es la psicología individual. Su principal exponente Alfred Adler, en su obra "Breves anotaciones sobre la razón, inteligencia y debilidad Mental, desarrolla un modelo cognitivo de la psicopatología y la psicoterapia, apartándose de los modelos motivacionales instintuales (psicoanálisis freudiano), de su época. Esta obra, junto a las publicaciones de Laugwuitz, se pueden considerar como las obras pioneras de la psicoterapia cognitiva (F. Bethancourt; I, Madrid, 2004, página 6).

Finalmente otra corriente que influyó decisivamente en la Terapia Cognoscitiva fue la fenomenología, entendiéndose que esta corriente estudia las experiencias de la conciencia que se traduce en la experiencia cognoscitiva, cual es el fundamento básico de dicha terapia (Ruíz, Juan J. y Cano, Justo J., 1992)

Posteriormente surgen los trabajos de Bandura y Walters (1963), entre otros, que exponían sobre el rol de lo cognitivo en el aprendizaje vicario, como también la forma tan clara y práctica que desarrolló el concepto de autoeficiencia vinculado con el pensamiento (Bandura y Walter, 1963. En Bas R., Francisco, 2003, página 107).

Hollon y Beck (2009) se refieren al desarrollo de las teorías cognitivo conductuales y de la psicología experimental como influencias muy directas en los orígenes del tratamiento cognitivo conductual. De allí surgen términos como los de autoatención y autoconciencia de muy frecuente uso dentro de la teoría de dicho método terapéutico. Isabel Caro Gabalda (2009), explica que es posteriormente al empleo de la Terapia Cognitiva cuando un grupo de psicólogos y psiquiatras, utilizan técnicas de corte conductista dentro de la terapia cognitiva. Continúa diciendo Gabalda que los teóricos de las terapias cognitivo-conductuales, desarrolladas por estudiosos con entrenamiento comportamental, conceptualizan el pensamiento de forma más concreta, es decir, como un conjunto de enunciados propios pero encubiertos que puede verse influido por los principios del condicionamiento que influyen en otras conductas manifiestas (Hollon y Beck, 1994, en Isabel Caro Gabalda, 2009; página 33).

La Terapia Cognitivo Conductual en la actualidad se encuentra a la vanguardia del movimiento de terapias con mayor fundamento empírico y que ha demostrado su eficacia y eficiencia en un amplio rango de problemas psicológicos que aquejan al ser humano, a la sociedad y al mundo en general (Arturo Contreras, 2011). Ciertamente es así, si tomamos en cuenta que el objetivo de la terapia cognitivo conductual es delimitar y poner a prueba las falsas creencias y las supuestas experiencias de aprendizaje altamente específicas dirigidas a enseñar al paciente las operaciones de controlar los



pensamientos, identificar relaciones entre pensamientos, afectos y conductas, examinar evidencias y debatirlas, a aprender a identificar y modificar creencias inadecuadas (Steven y Beck, 1981; en Kidda Lucas, 2006).

### **3. Principales exponentes de la terapia cognitivo conductual**

Desde que se aparece la Terapia Cognoscitiva hasta la actualidad han sido muchos los estudiosos que utilizaron la misma para realizar sus trabajos como medio de desarrollo profesional o bien en la investigación, sin embargo, han sido dos los exponentes por excelencia de la Terapia Cognitivo Conductual y a los cuales se hará referencia: Albert Ellis y Aaron Beck.

#### **3.1. Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis**

La teoría de la Terapia Racional Emotiva (TRE), de Albert Ellis, es la concebida teoría del **ABC**. Albert Ellis, el gimnasta intelectual, como lo concibieron muchos por su extraordinaria imaginación y habilidades de persuasión, comparado quizás con Bertrand Russell, uno de sus admirables maestros; arma toda una teoría o modelo terapéutico que hoy en día es tremendamente utilizado en muchísimas partes del mundo. Ellis, procedente de una formación inicial psicoanalítica, escinde de los fundamentos de esta corriente, pues en su mente fluyen los fundamentos de lo que sería los cimientos de la terapia racional emotiva. La teoría del **ABC**, explica lo que sigue: **A** se refiere a los hechos activadores, mientras que **B** correspondería al bloque de



pensamientos, creencias o evaluaciones de los pacientes y finalmente el bloque **C** serían las consecuencias emocionales y conductuales que tiene para nosotros pensar como lo hacemos ante determinados hechos activadores (Isabel Caro Gabalda, 2009; página 96). Siendo más específicos, la teoría del **ABC** sostiene que cuando una consecuencia emocional muy cargada **C**, tal como un ataque de ansiedad, sigue a un evento de activación significativo **A**, como ser perseguido por un perro grande; puede parecer que **A** causa a **C**, pero en realidad no es así. En su lugar, las consecuencias emocionales son creadas en gran medida por **B**, el sistema de creencias del individuo (¡Oh cielos, todos los perros son peligrosos, eso es horrible!), (F. Bethancourt; I. Madrid, 2004; página 13).

Por lo anterior podemos considerar que la terapia racional emotiva conductual es una terapia altamente directiva y didáctica que se aplica, prácticamente a cualquier tipo de paciente (Isabel Caro Gabalda, 2009).

Uno de los conceptos básicos dentro del modelo de Ellis es el de las distorsiones cognoscitivas. Estas son concebidas como supuestos ilógicos que se aferran a los pensamientos de las personas y promueven o generan ciertas creencias que marcan su forma de actuar, sentir y pensar. Las distorsiones cognoscitivas en Ellis se refiere sobre todo a la influencia tiránica de los debo y debería, que asumen las personas con respecto a las situaciones que experimentan. Para que un individuo se libere de las distorsiones cognoscitivas que posee debe exponerse a ellas y así enfrentarlas y eliminarlas; y es a través

de la terapia racional emotiva que pueden aprender a controlar sus pensamientos.

De acuerdo a Ellis (2001), las personas tienden a mostrar los síntomas graves y moderados sobre todo debido a las creencias irracionales de las mismas. Estas creencias irracionales que generalmente surgen de las distorsiones cognoscitivas que mantiene el individuo ante la relación de él con el mundo y viceversa, hacen que ésta se considere inútil al no poder controlar, según ella, el evento activador desafortunado (para lo cual tendría que tener control universal); al no tenerlo, sigue considerándose una persona inútil, buena para nada (Ellis, 2001; en Isabel Caro Gabalda, 2009; página 106).

Es así como las creencias irracionales llevan a la persona a preocuparse innecesariamente ante sí mismos. Ellis (2001); propone que si las personas trabajan y piensan mucho en entender y contradecir dichas creencias irracionales, igualmente pueden hacer cambios sorprendentes en las tendencias creadoras de trastornos, es decir, al cambiar de forma de pensar, cambiará, por añadidura, la forma de actuar y de sentir (Albert Ellis, 2001; En: Isabel Caro Gabalda, 2009; página 106) .

En la Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis, el principio básico es que las personas deben juzgar su conducta, no en términos de lo que los demás

pueden creer, sino de lo que sienten que es correcto para ellas (F. Bethancourt; I. Madrid, 2004, pág. 14).

Bas Ramallo (2003), expresa que son pocas las modificaciones que Albert Ellis ha hecho a los supuestos básicos que explican acerca del origen, mantenimiento y cambio de las perturbaciones emocionales en los individuos, desde sus inicios en este menester, por la década de los sesentas, del siglo pasado. Se observa entonces que la variación más importante se ha dado en su modelo del ABC, con respecto a los significados de los diversos elementos que componen dicho modelo (Francisco Bas Ramallo, 2003; página 10); continúa expresando Bas Ramallo (2003), que otra de las pocas modificaciones que encuentra en los planteamientos de Ellis en su Terapia Racional Emotiva, es con relación a las diferencias de ésta, con respecto a la terapia cognitivo conductual, que más que instrumentales son de carácter filosóficos, de sus objetivos que buscan en el individuo su salud psicológicas y sólo cuando se alcanzan, la terapia se considera exitosa (Francisco Bas Ramallo, 2003; página 10).

### **3.2. Terapia Cognitiva Conductual de Aaron Beck**

Otro de los grandes exponentes de la Terapia Cognitiva Conductual, es Aaron Beck, que ha aportado de manera ingente a la difusión y utilización a gran escala de dicha terapia. La terapia cognitivo conductual de Beck es una de las

terapias más investigadas y estudiadas sobre todo, a través de los ensayos clínicos, lo que le da una tremenda validación empírica. Beck (1970), define la terapia cognitivo conductual como aquel tipo de terapia que trabaja con el grupo de operaciones centradas en las cogniciones verbales o imágenes de un paciente y en las premisas, supuestos, y actitudes que subyacen a estas cogniciones (Beck, 1970; En Isabel Caro Gabalda, 2009, página 138).

En el trabajo teórico – clínico de Aaron T. Beck sobre depresión, éste argüía que los síntomas emergen luego de que se asume un patrón de pensamiento negativo. Relacionada a esa línea de pensamiento, se puede observar que con muchos años de anterioridad, en 1947, Leo Festinger incorporó el concepto de disonancia cognoscitiva que describe el fenómeno por el cual la persona se da cuenta de que mantiene algunas creencias contradictorias sobre un determinado asunto. Esta disonancia cognoscitiva crea en el individuo la inquietud que lo lleva a la resolución tratando de integrar y superar la contradicción a través de una nueva forma de pensar (Keegan, 2008; páginas 86 – 87). De allí que la terapia cognitiva utiliza, entre sus técnicas, y buscando esa modificación de pensamiento, lo que se llama diálogo socrático (paralelizando la forma particular que utilizaba Sócrates para llegar al conocimiento):

“Mediante preguntas tratamos de guiar al paciente para que éste pueda descubrir sus creencias, y cómo éstas dan forma a su



realidad y la influyen, a veces, de modo disfuncional" (Keegan, 2008; página 86).

En la historia y antecedentes de Aaron Beck está clara su posición inicial dentro de la corriente psicoanalista, sin embargo, sentía algunas insatisfacciones con respecto a esta corriente, que lo llevaron a alejarse de la misma. Estuvo siempre muy interesado sobre la depresión, como también sobre las perturbaciones emocionales en general, así que este interés lo acercó a lo relacionado con el tratamiento de la misma, pero desde otro enfoque: el cognitivo conductual.

Bas Ramallo (2003), refiere que desde el inicio de sus observaciones, Beck se percató del estilo cognitivo del paciente depresivo, cual marca la tendencia de alterar la información que recibe. Distorsiona de un modo típico los mensajes que recibe y la percepción de los fenómenos (Bas R., Francisco, 2003, pág. 9).

A partir de estas observaciones Beck propone una serie de concepto que describe el mapa cognitivo en una persona depresiva. Utiliza el concepto de distorsiones cognoscitivas para referirse a los esquemas de pensamientos inflexibles que se arraigan a su repertorio cognoscitivo de manera negativa causándole daño psicológico. Estas distorsiones, que pueden o no ser conscientes, se manifestarán al exterior a través de un tipo especial de pensamiento que surge con rapidez y de manera súbita, se trata de los



pensamientos automáticos. Bas Ramallo (2003), expresa que una de las tareas primordiales en la terapia es reconocer los pensamientos automáticos para poder trabajar con ellos:

“Los esquemas o distorsiones pueden ser inferidos de la conducta de la persona, de la forma en que el sujeto interpreta su historia y de otras formas; pero sólo cuando se determinen los pensamientos automáticos, es cuando se podrá iniciar la reestructuración cognoscitiva” (Bas Ramallo, F. 2003; página 8).

El concepto de reestructuración cognoscitiva implica el cambio de los esquemas de pensamiento que se tienen por otros más positivos y que no hagan daño a la persona. En el caso de la depresión, estos esquemas hacen referencia a una visión negativa del pasado, de las circunstancias actuales y del futuro del sujeto, o sea, la llamada tríada cognoscitiva (Bas R., Francisco, 2003; pág. 11), concepto básico en la teoría sobre la depresión que fundamenta el modelo de terapia para la depresión propuesto por Beck.

Como expresara Isabel Gabalda (2009), en su Manual teórico-práctico de psicoterapias cognitivas:

“La meta de la terapia está en ayudar a los pacientes a descubrir su pensamiento disfuncional e irracional, comprobar en la realidad su pensamiento y su conducta y construir técnicas más adaptativas y funcionales de responder tanto inter como intra personalmente” (Gabalda, Isabel, 2009; página 138).

Para lograr una real recuperación es indefectible que el paciente esté claro de sus pensamientos desadaptativos y sus emociones, como también el efecto que ambas causan en su persona, para luego entonces iniciar el trabajo de reestructuración cognoscitiva o de cambio de esquema de pensamiento.

Para finalizar es prudente enfatizar en que el objetivo de la terapia cognitivo conductual es que a través de la reestructuración cognoscitiva, el sujeto o paciente logre cambiar sus esquemas de pensamiento negativo por esquemas libres de distorsiones que le permitan pensar libremente sin ataduras.

### **3.2.1. Conceptos básicos en el modelo de Beck**

Beck dentro de su teoría, ha propuesto muchos conceptos que estarían directamente relacionados con la estructura de su programa de tratamiento. Estos conceptos guardan la esencia de la propuesta de Beck y se consideran esenciales dentro de su teoría. A continuación se sintetizarán para su entendimiento.

- **La pérdida:** Concepto que en alguna forma es heredado de su formación psicoanalítica, pues fue un concepto muy utilizado por Freud. Para Beck la pérdida se traduce en la activación de los esquemas que a su vez manifestarán la tríada cognoscitiva que precisamente se torna en una de las características del deprimido

cuando se vuelca contra sus instintos y necesidades básicas (Beck, 1976; En Gabalda, I. C.; 2009; 139).

- **La esfera personal:** La esfera personal según Beck, es todo aquello que define al ser humano como persona, lo que pone la marca personal de cada individuo; son sus atributos personales y únicos. Así se incluyen las características físicas, las personales, los valores, las metas, la moralidad, de manera que es un concepto global que discurre desde lo tangible hasta lo abstracto, marcándose con mayor énfasis en el extremo último (Gabalda, I. C.; 2009; página 140).
- **Las reglas:** Se comienzan a formar desde que se es muy pequeño, de acuerdo a las experiencias con el entorno y personas que rodean al individuo y se traducen en patrones cognitivos que indican a la persona cómo debe reaccionar, actuar o comportarse ante situaciones específicas, como también la interpretación que harán ante las diversas situaciones. Es claro entender entonces que las reglas, dentro de los trastornos psicológicos pueden dar origen o influir sobre otro concepto muy importante en el modelo de Beck, los errores de pensamiento (Gabalda, I. C.; 2009; página 141).

- **Los esquemas:** El concepto de esquema encuentra su origen en Jean Piaget (1926) y Barlett (1932), ambos tratando de explicar procesos cognitivos, el primero más general y el último más específico (Jean Piaget, 1926); Barlett, 1932; En Gabalda, I. C.; 2009; 141). Como las reglas, el origen de los esquemas se remonta a todas las experiencias del sujeto con respecto a su interacción con su ambiente y con las personas significativas para él y posteriormente de cualquier persona. De acuerdo a Bas Ramallo (2003), los esquemas, que generalmente pueden no ser conscientes en el individuo, afloran a través de un tipo especial de pensamiento que surge de manera fugaz e inmediata ante una situación o condición específica y que Beck los denomina pensamientos automáticos (Bas Ramallo, F., 2003; página 9).
- **Los modos:** Son un subsistema de la organización cognitiva. Están diseñados para llevar a cabo ciertos principios adaptativos relevantes para la supervivencia y otros procesos. Los modos se convierten en un término propuesto para explicar la complejidad de los trastornos psicológicos que no se explicitan utilizando el concepto de esquema, cuando se requiere transmitir el fundamento cognitivo de la personalidad (Beck, 1996; En Gabalda, I. C.; 2009; página 144).



- **Los pensamientos automáticos:** Los pensamientos automáticos se presentan como cogniciones habituales y creíbles y forman parte de un determinado patrón de pensamiento. Los pacientes depresivos o con otros problemas clínicos tienen la tendencia a interpretar estas cogniciones como verdaderas y con base en la realidad; por lo tanto difícilmente, sin recibir un entrenamiento serían capaces de ponerlas a prueba (Beck, 2003; página 142).
- **La tríada cognoscitiva:** De acuerdo a Beck (2011), son tres los elementos inherentes al concepto de tríada cognoscitiva y llevan al paciente a verse a sí mismo, a las demás personas y al mundo de una forma peculiarmente negativa. Su visión propia es de insignificancia, desvalorización, de sentimientos de culpa, de agravio. Al tener una concepto propio tan pobre y mantener una autoestima tan baja, se desvalorizará y se conformará con recibir las consecuencias de su poca valía. El otro elemento fundamental y constitutivo del concepto de triada cognitiva, es la tendencia usual del paciente depresivo a interpretar sus experiencias de manera pesimista. Piensa que las situaciones externas a su persona se confabulan para ofrecerle obstáculos y que todo le salga mal. El tercer elemento tiene que ver con la forma que el paciente depresivo concibe el futuro. Tanto es así que sus intentos de realizar proyectos de envergadura queda frustrado antes de iniciarlos, por su



concepción errónea de que va a fracasar y que todo le va a salir mal, como siempre ha sucedido. Estos patrones negativos de conductas se convierten en la base o fundamento de toda la sintomatología que despliegan los trastornos depresivos (Beck, 2011; página 20).

#### **4. Investigaciones sobre la efectividad del Tratamiento Cognitivo Conductual en la Psicoterapia**

En la actualidad el tratamiento no farmacológico, simultáneo al tratamiento medicamentoso, de los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad como de otros trastornos psicológicos, es bastante común y cada vez toman más auge. Tomando en cuenta esta realidad es importante conocer sobre algunas de las investigaciones al respecto, que se han desarrollado y que aportan sobre el tratamiento de los trastornos psicopatológicos.

Recientemente, Dobson (1989) efectuó un meta-análisis de la eficacia de la Terapia Cognitiva Conductual para la depresión. En este trabajo se alcanzan resultados similares a los hallados por Shapiro y Shapiro (1982) cuando encontraron en otro meta-análisis la superioridad de las Terapias Cognitivo Conductuales sobre la terapia de conducta clásica (Dobson, 1989; Shapiro y Shapiro, 1982; En: Francisco Bas Ramallo, 2003; página 34). En él se ha evaluado el tamaño del efecto medio para la Terapia Cognitiva Conductual, al compararlo al de la terapia de conducta, farmacoterapia, y varios tipos de

psicoterapia, con grupos de control sin tratamiento y grupos de lista de espera. Comparado con cualquiera de los dos últimos, el paciente medio de la Terapia Cognitivo Conductual mejoró los resultados del 67 al 70% de los sujetos que habían sido tratados con cualquier otra terapia. Además, y sumándose a las mismas conclusiones halladas anteriormente con el extenso meta-análisis efectuado por Miller y Berman (1983) con distintos tipos de Terapia Cognitivo Conductual, Dobson (1989) encontró que el efecto del tratamiento no estaba mediado por la duración de la terapia, el sexo o la edad (Miller y Berman, 1983; en Francisco Bas Ramallo, 2003, página 36).

Otro de los estudios realizados con respecto a la efectividad de la terapia cognitiva conductual fue el llevado a cabo en el área de Medicina Conductual de la Facultad de Psicología de la UNAM (2004), un grupo de psicólogos encuestaron a 50 científicos destacados en el área de la salud, de diversas instituciones educativas e institutos nacionales, sobre las técnicas de intervención más frecuentemente aplicadas. El estudio comprobó que los procedimientos de intervención cognitivo conductual son en un 61% los más usados, por ser técnicas confiables y válidas de manera empírica (Rodríguez y Jaén, 2004).

En otra de las áreas donde se ha comprobado la efectividad de las técnicas cognitivos conductuales, es dentro de las terapias psicológicas para el dolor crónico, siendo las primeras de las que con mayor frecuencia se emplean

(Eccleston, Williams, y Morley, 2009; Lunde, Nordhus y Pallesen, 2009; Morley, Eccleston, y Williams, 1999; En Jenny Moix U; M<sup>a</sup> Isabel Casado). Expresa Jenny Moix (2011) que en la mayoría de las investigaciones en las que se utilizan las técnicas cognitivo conductuales se establece una comparación de la evolución de un grupo de pacientes que se tratan tanto con terapia farmacológicas habituales, como con las técnicas cognitivo conductuales; con la evolución de los que son tratados exclusivamente con las terapias médicas. Utilizando este tipo de procedimientos, se evidencia el efecto adicional que procuran las técnicas cognitivos conductuales, además del efecto de la técnicas médicas (Jenny Moix U; M<sup>a</sup> Isabel Casado, 2011).

El equipo de salud mental en un Centro de Salud Mental Pública expone los resultados obtenidos tras tratar a un grupo de pacientes con sintomatología ansioso-depresiva, con una terapia cognitivo conductual en sesiones de grupo. Se discuten los pro y los contra que este tipo de intervención ha tenido sobre el grupo objeto de su análisis, evaluando los resultados ocurridos durante los tres meses de seguimiento. Las técnicas grupales basadas en las teorías cognitivas han tenido un adecuado efecto en el tratamiento de los pacientes que presentaban cogniciones alteradas.

“Las conclusiones de esta investigación indican que la terapia cognitiva, en sus aspectos de autocontrol, representan un modelo de tratamiento eficaz en el manejo de pacientes distímicas y ansioso depresivas en un Equipo de Salud Mental” (G. Narbona Vergara, M<sup>a</sup> I. Gómez del Cid; B. Martínez Villa; 1993).

La utilización de estas técnicas de autocontrol es fácilmente aplicable en el contexto de los Centros de Salud Mental y en cierta medida pueden serlo también por los Equipos de Atención Primaria, especialmente en grupos de alto riesgo de presentar procesos depresivos reactivos.

Es evidente el bajo costo que representa la utilización de este tipo de tratamiento y los beneficios que se adquieren de su utilización. Mientras que un tratamiento farmacológico mejora momentáneamente los síntomas ansioso-depresivos, esta técnica posibilita el enfrentamiento del paciente con situaciones conflictivas, conociendo adecuadamente los pensamientos de tipo irracional que puedan condicionar sus respuestas cognitivas, emotivas, comportamentales e incluso fisiológicas (G. Narbona Vergara, M<sup>a</sup> I. Gómez del Cid; B. Martínez Villa; 1993).

En una investigación, que buscaba medir la efectividad del tratamiento cognitivo conductual, se trabaja con un grupo de pacientes deprimidos y con niveles de ansiedad, atendidos por el equipo de salud mental de Málaga. Se realizaron nueve sesiones de las cuales seis fueron de reestructuración cognoscitiva, una sesión de relajación y una de reafirmación del grupo donde los pacientes expresaban sus comentarios sobre los cambios experimentados. Los resultados obtenidos de esta experiencia indican que, tras el tratamiento en



terapia cognitiva, casi la totalidad de los pacientes han experimentado una clara mejoría, tanto en lo referente a la intensidad de la depresión, como en las manifestaciones de los síntomas típicos de ansiedad (tanto en la vertiente somática como psicológica) (C. Pérez Conde; M. Ruíz M.; G. Narvona V., sept. – oct de 1996)

## **5. El modelo de tratamiento utilizado para esta investigación**

El modelo de tratamiento utilizado en esta investigación es el Modelo de Terapia Cognitiva Conductual de Aaron Beck. Uno de los motivos que llevaron a optar por este modelo es debido a que este autor se interesó primordialmente por los pacientes que padecían de depresión y su modelo evolucionó conforme seguía muy de cerca el tratamiento de la depresión.

Pérez Conde (1996), médico de salud mental y colaborador en un estudio a nivel de salud mental, expresa que se podría decir que el modelo que más ha contribuido a la introducción de las terapias cognitivas en el campo de las psicoterapias ha sido el modelo de Beck” (C. Pérez Conde; M. Ruíz M.; G. Narvona V., 1996).

Este modelo tiene como objetivo a largo plazo llevar al paciente a un crecimiento y maduración personal que incluye el desarrollo de habilidades que le procurarán una conducta física y emocional mucho más consecuente con su experiencia real (Beck, 2011; página 79); y con objetivos a corto plazo se



propone eliminar los síntomas depresivos y prevenir las recaídas (Beck, 2011; página 78, 79).

El tratamiento a través de la terapia cognitivo conductual ha sido ampliamente investigado (ver acápite anterior), por lo cual influyó en la decisión de trabajar con esta línea específica de tratamiento psicológico, aun cuando el propio Beck (2003) señalara, refiriéndose a las limitaciones de la terapia, que si bien es cierto el modelo cognitivo conductual ha cobrado un tremendo auge a nivel mundial; también lo es que se necesitarían muchas más investigaciones que confirmen los resultados de manera que determinen los límites de aplicabilidad tomando en cuenta el diagnóstico de depresión específico.

Un grupo de colaboradores en una investigación con pacientes que padecían de distimia y trastorno mixto ansioso depresivo, utilizando el tratamiento cognitivo conductual, expresó lo siguiente en el artículo que publicaba dicha investigación:

“Nosotros, para nuestro programa de psicoeducación con un grupo de distímicas, amas de casa”, hemos utilizado las teorías cognitivas, algunas de sus aproximaciones teóricas más interesantes desde un punto de vista terapéutico, aplicándolas a los procesos mentales que se producen en los diversos tipos de sintomatología depresiva y estresante que tienen su origen en el curso del aprendizaje social humano (G. Narbona Vergara, M<sup>a</sup> I. Gómez del Cid; B. Martínez Villa; 1993).

Por este orden de ideas, se considera que al trabajar con el trastorno mixto ansioso depresivo, realmente sería más oportuno aplicar el modelo de Beck, cual propone llevar al cliente a tal grado de manejo y conocimiento de la estructura del programa, que al final pudieran considerarse como terapeutas neófitos; y éste es uno de los objetivos de la terapia de Beck. Continúan diciendo los colaboradores de la investigación anterior, que ha sido de fundamental importancia para la actividad terapéutica, los estudios de Beck relativos a la depresión en general y la reestructuración cognitiva (G. Narbona Vergara, M<sup>a</sup> I. Gómez del Cid; B. Martínez Villa; 1993).

Al trabajar sobre el modelo de tratamiento cognitivo conductual, Beck establece claramente la relación que existe entre el pensamiento, las emociones y las conductas, de manera que dicho tratamiento enfoca su atención a la transmisión de la interrelación de estos elementos que definen la dinámica específica. Las emociones pueden considerarse como el ingrediente que hace que la vida discurra entre los matices que implican lo bueno y lo malo, lo agradable y lo desagradable; al respecto escribe Beck (2003), en su libro terapia cognitiva conductual para la depresión, que al estar desprovistos de las emociones y sentimientos que hacen a las experiencias más vibrantes y excitantes, éstas serían mecánicas, como sí lo es la vida de los depresivos (Beck, 2003; página 41).

## 6. Terapia grupal

Tradicionalmente los tratamientos a nivel de terapia se llevaban a cabo de manera individual, sin embargo, en los últimos tiempos, se está incursionando con mayor frecuencia en el tratamiento con terapia grupal. Se consideró entonces que para el estudio que se presenta, la terapia grupal ofrecería muchas ventajas y por tanto, se decidió aceptar el reto de la misma.

Cristian Ochoa et. al. (2010), no pueden ser más claro al expresar que en un grupo de terapia, a diferencia de otros grupos de apoyo mutuo, se espera un cambio en la forma de comportarse, sentir o ser de carácter amplio y duradero en los pacientes. Para lograr ese objetivo, el terapeuta ha de adoptar una posición más directiva y trabajar en el aquí y ahora. En el grupo de terapia adquiere prioridad lo que pasa en la inmediatez de la sesión sobre lo que pase fuera, principalmente en las primeras sesiones.

En este sentido, siempre comentamos que el grupo puede verse como un "laboratorio" donde ensayar en un lugar más seguro aquello que luego uno quisiera reproducir o generalizar fuera (Cristian Ochoa y col., 2010; página 9).

Como expresara Guillermo Narbona V. et. al. (1996), en el artículo de la revista *Psiquiatría pública*, donde publicara su trabajo sobre la terapia grupal:

"se ha tomado la opción de la terapia grupal por las ventajas que ofrecía con respecto al formato individual: Se pueden observar las interacciones de y entre los pacientes como también sus conductas.

Los participantes se ayudan mutuamente y ganan experiencia, observan de los demás con sus aciertos y los no aciertos y aprenden vicariamente. En la terapia grupal hay una mejor relación costo – eficacia puesto que se trabaja con varios pacientes al mismo tiempo. También se trabaja de manera preventiva puesto que los pacientes pueden aprender a solucionar el problema antes que se le presente. Permite, además, ofrecer a los pacientes gran cantidad de retroalimentación para producir el cambio. Puede brindar más información y sugerencias para la solución de problemas. Oferta la posibilidad de realizar experiencias dinámicas y actividades que no pueden realizarse individualmente" (G. Narbona Vergara, M<sup>a</sup> I. Gómez del Cid; B. Martínez Villa; 1993, *Psiquiatría Pública*. Vol. 8. Núm. 5. Septiembre - Octubre 1996).

### **6.1. Ventajas y desventajas**

La utilización de la terapia grupal, como todo proceso, tienen sus ventajas y desventajas; en el caso de las primeras, se pueden mencionar algunos aspectos que poseen connotación de ventajas:

- Proporcionan tiempo para compartir sentimientos, intereses y preocupaciones con otros miembros del grupo;
- Proveen apoyo de otras personas en el grupo; y
- Permiten el darse cuenta de que no son los únicos que tienen problemas y pasan por tiempos difíciles en su vida.

Se espera que el efecto más importante que tenga el grupo sea el de aprender a entender y controlar lo que afecta la depresión que padecen, y evitar sufrimientos innecesarios en la vida (Ricardo F. Muñoz, 2011; página 2).



Como desventajas de la terapia grupal podrían mencionarse (John F. Zrebiec, Terapia de Grupo, 2008; página 2):

- Los pacientes tienen menos tiempo exclusivo y menor atención que en las terapias individuales.
- Los grupos pueden crear la sensación de estar perdido en la multitud y de no ser apreciado por la propia unicidad.
- La confidencialidad tiene limitaciones. El guía del grupo no puede garantizar que todos los miembros del grupo sean discretos y mantengan las confidencias en secreto.
- La finalización de la terapia es más complicada que en la terapia individual al ser menos flexible.

## **6.2. Reglas para las sesiones de grupo**

La terapia cognitivo conductual, en su formato grupal tiene sus requerimientos que procuran un proceso eficaz y que logre bienestar en quienes es aplicado. En este orden de ideas, se presentarán algunas normas o reglas que proporciona Ricardo Núñez en su manual sobre la terapia de grupo para el tratamiento cognitivo-conductual de la depresión, que ayudará a entender sus principios básicos:

- Llegue a tiempo: No deje a los demás miembros del grupo esperando.



- Venga cada semana:
  - ✓ Al formar parte del grupo usted adquiere compromiso con él.
  - ✓ Si no puede venir, llámenos al número telefónico y déjenos un recado.
  - ✓ De esta forma podremos informarle al resto del grupo de su ausencia.
- Sea constructivo en sus intervenciones:
  - ✓ Evite la crítica negativa, proporcione comentarios constructivos
  - ✓ Ayúdense mutuamente a encontrarle el lado positivo a las cosas
  - ✓ No se presionen innecesariamente unos a otros.
- Mantenga una actitud práctica:
  - ✓ Concéntrese en soluciones y no en lo mal que parecen estar las cosas
- Haga la tarea:
  - ✓ Si usted no practica lo que se enseña en el grupo ahora, entonces, quizás nunca sabrá si estos métodos le podrán ayudar a controlar sus sentimientos de depresión.
  - ✓ Además, si usted no hace la tarea, es más fácil para los otros miembros no hacerla tampoco.
  - ✓ En cambio, si usted la hace, esto animará también a los otros miembros a hacerla.
- Lo que se dice en el grupo es confidencial:

- No repita nada afuera de lo que se dijo dentro del grupo. Esto se aplica a cosas privadas o personales de los otros miembros, sin embargo, está bien discutir lo que usted ha aprendido acerca de la depresión con otras personas fuera del grupo.
- Trate de ser lo más honesto (a) posible y expresarse tal y como usted es y siente (Muñoz, Aguilar y Guzmán, 2011; Págs. 3 y 4).

## **7. Generalidades sobre las Técnicas utilizadas en la terapia o estudio realizado**

Durante el trabajo de sesiones de terapia, teniendo como modelo de tratamiento la terapia cognitivo conductual de Aaron Beck, se emplearon tanto técnicas cognitivas como conductuales con el fin de obtener los objetivos propuestos. Como se está trabajando, en esta investigación, con pacientes con trastorno mixto ansioso depresivo, los objetivos se enfocan en la modificación del estado de ánimo depresivo como en la reducción de los síntomas de ansiedad. Durante las catorce sesiones de tratamiento se utilizó la gama de técnicas (tanto cognitivas como conductuales), recomendadas por Beck para tratar estos síntomas. Es oportuno señalar que cuando se está trabajando con un programa cognitivo conductual una de las técnicas básicas e indispensable son las tareas para casa. Estas tareas son constitutivas del programa cognitivo

conductual y tienen por objeto que el paciente ejercite sobre las mismas y logre dominar la técnica.

Las tareas para casa son esenciales en un programa de terapia cognitivo conductual, puesto que pretenden hacer más directa la participación de los pacientes en su mejoría y bienestar. Beck (2003), hace referencia a la importancia de la estructuración de las tareas para casa y de la relevancia que éstas tienen para el éxito de la terapia:

“La manera como el terapeuta aborde cada paso de la terapia determinará directamente el que la colaboración y el rapport se incrementen o disminuyan. El terapeuta puede fomentar la colaboración terapéutica animando al paciente a planificar por sí mismo las tareas para casa. Del mismo modo, el terapeuta puede fortalecer la colaboración explicando al paciente los objetivos y el fundamento teórico de cada tarea. Si los pacientes saben cómo hacer las tareas para casa y por qué hacer estas tareas puede ayudarles; probablemente estarán mucho más motivados para llevarlas a cabo” (Beck, 2003; páginas 61,62).

A continuación se describen las técnicas utilizadas:

### **7.1. Técnicas Cognitivas**

Las técnicas cognitivas son todas aquellas que implican un proceso reflexivo, consciente y psicológico sobre aquellas tareas que propenden al mejoramiento y mejor adaptación de la persona ante el medio en el cual se

desenvuelve. Éstas se centran fundamentalmente en trabajar el componente de pensamientos, creencias y actitudes, pero tiene como efecto cambios en los sistemas fisiológicos y conductual o motor (Marisa Bosqued Lorente, 2005; pág. 121).

Dentro de la terapia cognitivo conductual, las técnicas cognitivas son fundamentales, proporcionando las herramientas a través de las cuales se lograrán los objetivos propuestos en cada sesión, claro está, utilizando además, técnicas de corte conductual, que de manera importante coadyuvan a alcanzar un comportamiento más adaptativo de quien las requiere.

#### **7.1.1. Restructuración cognoscitiva**

Dentro de las técnicas cognoscitivas una muy importante es la reestructuración cognitiva que permite modificar los pensamientos para poder actuar de una manera mucho más adaptada y positiva, para quien padece problemas. Marissa Bosqued, expresa que en esta técnica psicológica, se parte del presupuesto teórico de que cuando la persona se siente muy angustiada, deprimida, tremendamente frustrada, desesperada, se experimenta pánico o cólera, etc., es decir, cuando las emociones se exageran, no es tanto por los acontecimientos que le han ocurrido a la persona, sino por la forma distorsionada de interpretarlos y valorarlos, con la consecuencia de sus planteamientos poco realistas y poco lógicos acerca de la vida, de la misma

persona y de los demás. Dicho en otras palabras, no perturban los acontecimientos por sí mismos, sino la evaluación cognitiva subjetiva que realiza la persona de los mismos (Marisa Bosqued Lorente, 2005, página 122).

Cuando se trabaja la reestructuración cognoscitiva es importante que el o los pacientes manejen los conceptos básicos para que se operen cambios adaptativos en su persona.

Las pacientes con las que se trabajó en esta investigación manifestaban de manera marcada síntomas de depresión y de ansiedad, por lo cual al trabajar con esta técnica se procuró de una manera prudente y respetuosa, llevarlas a que cambiaran los pensamientos que generalmente utilizaban para enmarcar sus experiencias, a las otras personas y en general a la vida, por pensamientos mucho más acertados y que les permitieran vivenciar las mismas, de manera más positivas y más beneficiosas para lograr discurrir con mayor adaptación. Se comenzó a trabajar esta técnica a partir de la segunda sesión de tratamiento. Como apoyo a la técnica de reestructuración se utilizaron otras técnicas muy ligadas a la anterior, que permitieron llegar a los objetivos planteados.

Finalmente, es claro que una de las técnicas fundamentales en el tratamiento cognitivo conductual es la reestructuración cognoscitiva, a través de la cual la persona es capaz de reemplazar sus esquemas de pensamientos distorsionados por esquemas que le permitan un desenvolvimiento cognoscitivo



adaptado a las situaciones reales. En la siguiente cita queda expresada claramente la idea:

"La reestructuración cognitiva nos ayuda fundamentalmente a enfocar mejor las circunstancias no siempre gratificantes de la vida, a ahorrarnos las penas innecesarias y que no nos conducen a nada positivo y práctico, y, en definitiva, a conseguir nuestras metas" (Marisa Bosqued Lorente, 2005; página 121).

### **7.1.2. Clasificación de distorsiones cognoscitivas**

Dentro de la propuesta de Beck es de suma importancia que el terapeuta que dirige el tratamiento, explique y enseñe a sus pacientes a conocer todas aquellas distorsiones que se tienen sobre uno mismo, los demás y el mundo. Todas las personas tienen formas habituales para procesar la información y muchas veces estas formas de procesamiento distorsionan la realidad. Peurifoy (2007), denomina a este pensamiento, distorsionado (Peurifoy, R., 2007; página 89).

Las consideraciones erróneas se forjan en la persona desde que son muy pequeñas, durante su desarrollo a través de sus interacciones con sus progenitores, las personas que forman parte de su entorno y de las experiencias en su medio. Cuando los pensamientos se caracterizan por funcionar bajo el tamiz de las distorsiones cognoscitivas, es obvio que se presentarán síntomas de uno u otro trastorno psicológico, puesto que se evidencia que no se está

percibiendo, de manera objetiva, lo relacionado con la propia persona, la persona de los demás y todo lo que se relacione con el mundo. Albert Ellis y Aaron Beck proponen una lista de distorsiones cognoscitivas, que es imprescindible discutir las con los pacientes o el paciente, hacer que las identifiquen y expresen cuales forman parte de sus pensamientos y logren así, cambiarlos.

Para lograr este objetivo con las pacientes, se ofreció una lista con las distorsiones cognoscitivas, que luego fueron discutidas con ellas. Posteriormente se les pidió que trataran de determinar cuáles formaban parte de sus pensamientos, para luego trabajar sobre ellas a través del debate de los pensamientos automáticos, que son las formas en que se manifiestan dichas distorsiones.

Como dijera Peurifoy (2007), con respecto al trabajo con las distorsiones cognoscitivas, que además de confrontar el pensamiento distorsionado que se haya identificado, es prudente incluir un desafío racional enfocado hacia las creencias nucleares o asociaciones, que generaron las conversaciones negativas consigo mismo (Peurifoy, R., 2007; página 95). De esta manera les sería más fácil ubicar sus pensamientos automáticos para luego debatirlos.

### **7.1.3. Detección de pensamientos automáticos**

Otra de las técnicas cognoscitivas utilizadas en el tratamiento cognitivo

conductual propuesto por Aaron Beck, es la de detección de pensamientos automáticos. Éstos pueden entenderse como pensamientos que surgen de manera fugaz, rápida, automática en situaciones específicas, causando daño (angustia, depresión y otros) y alteración en quienes los experimentan.

La detección de pensamientos automáticos consiste en un entrenamiento en base a un autorregistro en la detección de los pensamientos que acompañan a sus reacciones emocionales y conductuales, ante determinados eventos internos y externos.

Como parte de la terapia desarrollada, luego de entender el concepto de distorsiones cognoscitiva, de identificar las que formaban parte del pensamiento de cada una de ellas, se les explicó cómo detectar los pensamientos automáticos. Para ello, fue preciso hacer un ejercicio de autoatención con el propósito de que cada una detectara con la mayor inmediatez, cualquier pensamiento automático que aflorara ante una situación específica. Se les pidió que al detectarlos, los anotaran en un registro que les permitiría posteriormente verificar su frecuencia.

#### **7.1.4. Debate de los pensamientos automáticos**

Una vez el o los pacientes están claros sobre lo que son los pensamientos automáticos y cuando surgen, se puede considerar que están

listos y preparados (os) para debatirlos y por ende modificarlos. Siendo la base de los pasamientos automáticos, las distorsiones cognoscitivas, al debatir los primeros y poder contrarrestarlos, es claro que se modificarán las segundas, transformándolas en pensamientos más positivos y por ende más adaptativos.

Para debatir los pensamientos automáticos se tienen que someter a una lista de cuestionamientos, que llevarán a quien o quienes los experimentan a darse cuenta si realmente son válidos o no.

#### **7.1.5. Trabajo con las creencias nucleares**

Las creencias nucleares son las que originalmente son el cimiento de las distorsiones cognoscitivas. Son creencias muy arraigadas que luego dan lugar a pensamientos igualmente arraigados como son las distorsiones cognoscitivas. En las sesiones de reestructuración cognoscitiva se trabajó, por último, conociendo los conceptos anteriores (distorsiones cognoscitiva y pensamientos automáticos), puesto que las creencias nucleares, son las más difíciles de eliminar o modificar. Esto se hizo a través de la puesta en práctica de otras técnicas como el uso de la imaginación, permitiendo que las personas se remontaran a épocas de su infancia o más recientes; también con la relajación que llevaba a un estado de mayor anuencia a hablar de situaciones pasadas y arcanas; como también la espontánea exposición de situaciones que reconocieran como molestas en su vida.



#### **7.1.6. Uso de la imaginación**

En la técnica del uso de imágenes, el terapeuta propone al paciente el manejo de determinadas situaciones o interpretaciones alternativas mediante el ensayo de escenas en la imaginación, que fomentan el afrontamiento de diversas situaciones. Esta técnica ayudó mucho a completar el trabajo con las creencias nucleares y con las distorsiones cognoscitivas, puesto que permitían que la persona imaginara situaciones que normalmente le causaban ansiedad o síntomas depresivos.

#### **7.1.7. Resolución de problemas**

La resolución de problemas es una técnica cognitiva que intenta proporcionar una estructura para la consideración y abordaje formal de aquellos problemas, que no se pueden resolver fácilmente. Dentro del contexto terapéutico de grupo se pide a los participantes, que usen diferentes recursos para crear soluciones alternativas a los problemas de cada uno de los miembros del grupo (Sunk y Shaffer, 1984; en Isaías Madrid Flores, 2000).

Según D’Zurilla y Goldfried (1971), el concepto “solución de problemas” puede entenderse como los procesos cognitivos que permiten la disponibilidad de una serie de respuestas alternativas ante cualquier situación problema, con la posibilidad de escoger de entre dichas alternativas la más eficaz (D’Zurilla y Goldfried, 1971; En Bas Ramallo, 2003; página 16).



La solución de problemas es útil para reducir la ansiedad asociada a la incapacidad para tomar decisiones. Dentro del programa de terapia realizado, se explicó claramente el concepto terapéutico de resolución de problema y se enfatizó en la ventaja de practicarla dentro de una terapia grupal, en donde se expresarán diversidad de posibles soluciones a los problemas manifestados por los participantes. La técnica de resolución de problemas conlleva cinco pasos para que resulte eficaz su aplicación.

Los pasos son los que siguen (Gloria Marsellach Umbert, 2009)

- Definición del problema. Identificar las situaciones problemáticas.
- Objetivo. Describir con detalle el problema y la respuesta habitual a dicho problema. Al describir la situación y la respuesta en términos de quién, qué, dónde, cuándo, cómo y porqué, se verá el problema de forma más clara y se observará con mayor claridad el objetivo a alcanzar.
- Generación de soluciones alternativas. En esta fase se utiliza la estrategia denominada "lluvia de ideas" para conseguir los objetivos recientemente formulados.
- Toma de decisiones en base a las consecuencias. Este paso consiste en seleccionar las estrategias más prometedoras y evaluar las consecuencias de ponerlas en práctica.

- Puesta en práctica y evaluación de los resultados. Una vez se haya intentado la respuesta nueva, se deberán observar las consecuencias, por ejemplo: ¿Suceden las cosas tal como estaban previstas?

La técnica de resolución de problemas se trabajó con las pacientes en al menos dos sesiones medias y las ayudó mucho a darse cuenta que pueden haber un sin número de alternativas que valoradas en su justa dimensión, pueden solventar o ayudar a solventar la situación específica que se tiene enfrente. Se presentaron problemas reales de algunas de las pacientes y se ofrecieron igualmente, alternativas reales y pareció que esta técnica les ofreció mayor confianza y manejo para expresar la situación en el determinado momento.

## **7.2. Técnicas conductuales**

Las técnicas conductuales se basan en los principios del conductismo. Dichas técnicas se encaminan a enseñar al paciente a emitir respuestas adaptativas ante los estímulos que le provocan respuestas inadaptadas, a través de la extinción de la conducta o adoptando un comportamiento más adaptado.

### **7.2.1. Relajación**

La relajación puede entenderse según expresa Sweeney (1978), como el estado o respuestas percibidas positivamente, en el que la persona se siente

aliviado de la sobrecarga (Sweeney, 1978; En Mirian Roldán Carmona, 2012).

Elisa León López y et. al (2012), en su participación en el XIII Congreso de Psiquiatría.com define la relajación como un estado de satisfacción tanto física como psicológica, donde el gasto energético y metabólico se reducen considerablemente. Finalmente, refiriendo un concepto más de corte fisiológico, María Jesús Fernández Aguirre, en su ponencia en el mismo congreso, describe la relajación como sigue:

“La respuesta de relajación está constituida, a nivel fisiológico, por una disminución del ritmo cardíaco, ritmo respiratorio, presión sanguínea, cambios en la actividad muscular y cambios en la respuesta galvánica de la piel; a nivel central, por un descenso del arousal con cambios en los patrones de las ondas cerebrales, controlados mediante EEG; cambios bioquímicos y cambios cognitivos, acompañados por una disminución de la ansiedad y sensación de bienestar a nivel subjetivo” (García-Trujillo & González de Rivera, 1992; En Fernández Aguirre; Calvo Francés, 2012; página 4.).

Con el objetivo de orientar al cliente, Smith (2001), elabora una demostración guiada de la relajación, puntualizando que la clave para todas las formas de relajación es el mantenimiento continuado de la concentración de una forma pasiva y simple, lo contrario de lo que ordinariamente hacemos para tener éxito. El secreto de la relajación consiste en mantener el momento. Esto es algo muy difícil de hacer, algo como mantener en equilibrio un balón de baloncesto sobre un dedo (Jonathan Smith, 2001; página 47 – 48).

El objetivo primario de la relajación es la producción de condición de baja activación del sistema nervioso autónomo, por supuesto, bajo el control del propio sujeto. Es una técnica de tradición dentro de la psicología y de una alta frecuencia de utilización (Isabel Valldaura. Revista, 2005). C.C. Fernández (2002), explica que ante los estímulos externos estresantes, la relajación tiene un efecto de recuperación y puede entenderse como un ímpuls para el organismo, produciendo una reacción mucho más económica en cuanto a energía vital que puede utilizar si reacciona de manera excesiva (C.C. Vargas Fernández. Revista, 2002).

A través de la relajación se consigue una disminución de la actividad adrenérgica y un aumento de la actividad parasimpática que se supone ayudan a disminuir la ansiedad, la tensión e indirectamente el dolor (Jenny Moix U; M<sup>a</sup> Isabel Casado, página 30)

Las técnicas de relajación son muy utilizadas en el tratamiento de los trastornos de ansiedad y de depresión, puesto que cuando en el último caso la persona se mantiene con los músculos laxos, no significa que esté relajado, pues no está experimentando una situación de bienestar, sino por el contrario, de baja condición de salud física y emocional.

Burgos Varo et. al. (2006), realizan un estudio sobre la eficacia del aprendizaje grupal de las técnicas de relajación y respiración controlada para



reducir la ansiedad, en la que concluyen que los talleres de técnicas de relajación pueden ser útiles para la reducción de la ansiedad en atención primaria (Varo Burgos y col., 2006).

- **Relajación muscular progresiva de Jacobson**

En el programa de terapia desarrollado se utilizó la relajación muscular de Jacobson por considerarla adecuada para tratar con los síntomas de ansiedad y depresión. La persona ansiosa, generalmente se mantiene en sobresalto, en activación fisiológica, pero no sana, por lo cual se consideró prudente utilizarla en diversas sesiones de la terapia.

La relajación progresiva surge por los trabajos del fisioterapeuta Edmund Jacobson, quien al trabajar con sus pacientes con grandes niveles de tensión y sobrecarga (estrés); para el primer cuarto del siglo pasado, elucubra sobre toda una secuencia lógica de circunstancias que terminó con un elaborado método de relajación. Jacobson entrenó a sus pacientes para relajar voluntariamente ciertos músculos de su cuerpo para reducir los síntomas de la ansiedad. No obstante, es importante conocer datos importantes sobre la preparación para experimentar el proceso de relajación.

La práctica de las técnicas de relajación requiere de un ambiente tranquilo, sin estímulos que puedan distraer y todavía menos alterar a quien lo practica. El local en el cual se desarrollaron las terapias, cumplía con las



exigencias mínimas para utilizar todas las técnicas necesarias para tal fin, de manera que las pacientes, ya habiéndose conocido lo suficientes, se sentían cómodas al practicar este ejercicio. La relajación de Jacobson se conforma por tres fases:

- La fase de respiración.
- La fase de tensión muscular.
- La fase de visualización.

Como se observa, la respiración es la primera fase y muy importante de la relajación progresiva, puesto que creará las condiciones óptimas para lograr el proceso completo. Las doctoras en psicología de la Universidad Nacional a Distancia (UNED), Monserrat Conde y María del Prado consideran que la respiración se convierte en un elemento básico e imprescindible para que el organismo consiga un estado de relajación adecuado, tanto desde el punto de vista físico (muscular), como desde el punto de vista mental (emocional). Continúan diciendo que existe una relación en ambas vías entre las emociones y el estado de los músculos. Un músculo relajado envía información sobre su estado a la mente (cerebro), a la vez que éste se beneficia de dicho estado, puede influir a su vez para que el músculo se relaje. Es imposible relajarse mentalmente, si no lo hacen también los músculos, así como también es imposible relajarse muscularmente, si no se logra una relajación mental (Monserrat Conde Pastor, M<sup>a</sup> del Prado Rivero, 2009).

Durante las sesiones de la terapia en las que se utilizó la relajación, se iniciaba bajando el nivel de luz, se utilizaba una música apropiada, a un volumen apropiado; se le pedía a las pacientes que se despojaran de todo cuanto molestara para ponerse cómodas y que se dejaran caer sobre la silla (con sobrebrazos); se comenzaba el ejercicio. Primeramente se hacían los ejercicios de respiración, luego los de tensión muscular y finalmente se procuraba una experiencia de visualización. Al terminar la relajación, las pacientes expresaban sentirse mucho más dispuestas a participar de la terapia y con mejor ánimo.

### **7.2.2. Visualización**

La visualización es otra de las técnicas de corte conductual que se utiliza con mucha frecuencia en la terapia cognitivo conductual. Se puede definir la visualización como aquella técnica psicológica en la que imaginamos de manera vívida y sentida una situación; es decir, la imaginamos acompañada de todas las emociones y sensaciones que se experimentan cuando esa situación se está viviendo en la realidad (Bosqued, Marisa, 2005; página 109). La visualización es una técnica persé, no obstante, está ligada indefectiblemente a la relajación, puesto que es parte inherente de ella y viceversa, para lograr una buena relajación es prudente utilizar la visualización y para lograr ésta, es necesaria una actitud relajada.

Cuando se trata de dificultades o trastornos que tienen que ver con la ansiedad, depresión y estrés, la visualización, es muy utilizada por sus resultados efectivos. Puede sustentarse lo anterior si tomamos en cuenta lo expresado por Marsellach Umbert (2009), cuando expresa que a través de la visualización se aprende a manejar y controlar mejor la mente, las emociones y el cuerpo, de tal manera que se logra obtener, cuando sea necesario, una mayor relajación y de esta manera conseguir los cambios de conducta que se buscan (Gloria Marsellach Umbert, 2009).

Esta técnica parte de dos supuestos importantes; por un lado del hecho de que la respuesta a los estímulos imaginados es idéntica a la que se tiene cuando esos mismos estímulos son reales; y por el otro, la visualización es producto de las expectativas que una persona tiene acerca de lo que va a ocurrir, y a la vez refuerza esas expectativas sobre hechos futuros (Bosqued Lorente, Marisa, 2005; página 109). Tomando en cuenta este último supuesto es claro que si lo que visualiza un individuo está influido por expectativas negativas, difícilmente podrá ofrecer un resultado positivo, éstos irán en esa misma orientación; sin embargo cuando las expectativas son positivas, sin lugar a dudas, éstas redundarán en conductas, lógicamente positivas y por ende, se enfocan a desarrollar un comportamiento más adaptativo.

De acuerdo a Marisa Bosqued (2005), la técnica de visualización es útil para conseguir diferentes objetivos:

- Ayuda a conseguir la relajación cuando se experimenta ansiedad.
- Anima a realizar una actividad y llevarla a cabo de manera satisfactoria, con lo que se elevará el estado de ánimo.
- Lleva a ensayar mentalmente conductas para luego realizarlas en la realidad (Marisa Bosqued 2005; pág. 110),

La misma autora ofrece algunas sugerencias para llevar a cabo el ejercicio de visualización.

- Ambiente tranquilo, con luz tenue y temperatura agradable.
- Ropa cómoda, sin zapatos ni gafas, y en general evitando todo aquello que apriete o resulte molesto de alguna manera, como pendientes, pulseras o reloj.
- En una posición cómoda, que lleve a la relajación, se inicia la visualización.
- Con los ojos cerrados, para lograr mayor concentración, se traerá a la imaginación el lugar o momento en que cada persona se sienta o pudiera sentirse más a su gusto, feliz, realizado(a), seguro (a), en fin donde se sienta bien (Marisa Bosqued, 2005; pág.111).

En el trabajo con las pacientes, la visualización comenzó a practicarse dentro de las sesiones, saliendo de iniciales y entrando en las medias. Se consideró prudente a estos niveles del tratamiento, puesto que para entonces



las pacientes están adaptadas al trabajo en grupo, se conocen más y esto ayuda a lograrla de mejor manera. Se inicia como parte de la técnica de relajación y posteriormente se utiliza independiente de ésta. Ayudó tremendamente a las pacientes a manejar su ansiedad, generalmente exacerbada por la rutina diaria, logrando una mejor asimilación del trabajo sobre sus problemas y sus síntomas. Fue de gran apoyo en el trabajo de reestructuración cognoscitiva, al trabajar las distorsiones cognitivas y los pensamientos automáticos, llevando a que las pacientes se manifestaran con mayor disponibilidad a hablar sobre aspectos difíciles de expresar y manejar por ellas.

### **7.2.3. Apoyo social**

El apoyo social como técnica de corte conductual es invaluable en el tratamiento con terapia cognitivo conductual. Baeza y et. al, (2010) consideran que el apoyo social es la disponibilidad de ayuda proveniente de otras personas, normalmente significativas para quien lo requiere. Estos autores arguyen que recibir dicha ayuda permite acrecentar la sensación de que otros se preocupan y quieren a la persona, de que ésta es valorada y de que pertenece a una red de comunicación, intercambio y obligaciones mutuas. Cuando se cuenta con el apoyo social necesario, los niveles de estrés, de ansiedad y de depresión con mucha seguridad van a disminuir, situación que permitirá tomar mejores decisiones sobre todo, en cuanto a las alternativas para afrontar o encarar la situación específica que se experimenta.



Se distinguen cuatro categorías en la descripción del apoyo social que caracterizan la vinculación de las personas dentro del mismo:

- La integración social (número de contactos, clase de los mismos)
- Relaciones de calidad (calidad de la relación social que influye en el bienestar psicológico)
- Ayuda percibida (sensación de que se cuenta con gente en quien confiar y apoyarse en situaciones problemáticas).
- Actualización de las conductas de apoyo (efectividad del despliegue concreto de las conductas de apoyo en la situación que las requiere).

De acuerdo a Shelley Taylor (2003), el apoyo social tiene varias formas:

- **Asistencia tangible:** apoyo de soporte material como son el dinero, comida, artículos, bienes).
- **Apoyo informativo:** Esta información puede ayudar a las personas a tener una situación clara ante el evento que enfrentan de manera que les procure serenidad y afrontar dicho evento con los recursos más adecuados.
- **Apoyo emocional:** Involucra el confortar a la persona que experimenta el evento, haciéndolo sentir que es una persona valiosa y que les importa.

- **Apoyo invisible:** Es aquella ayuda y apoyo que se recibe, pero sin darse cuenta de quién específicamente envió o dio dicha ayuda, no obstante, el hecho de saber que ha recibido una ayuda, le procura el bienestar.

La terapia grupal como tal, se convierte en apoyo social para las personas que participan de ella. El intercambio de experiencias, de información, el poder percibir la manera en que cada una de las participantes maneja sus conflictos, el ofrecer el apoyo y comprensión a todas las participantes, poder observar la mejoría de los síntomas en su propia persona y en la de las demás, se convierte en un gran apoyo que lleva a una mejoría cuantiosa y a elevar la autoestima.

#### **7.2.4. Asertividad y Comunicación asertiva**

Antes de pasar a hablar sobre la asertividad y comunicación asertiva, es prudente observar el término Habilidades sociales que puede considerarse como el conjunto de conductas emitidas, por un individuo, en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo, de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas. Una respuesta competente es, normalmente, aquella sobre la que la

gente está de acuerdo que es apropiada para un individuo en una situación particular (Caballo, 1993; en Baeza, Balaguer y Belchi, 2010; página 103).

Las habilidades sociales son necesarias para una buena convivencia dentro de la sociedad, no obstante, éstas necesitan ser desarrolladas y practicadas, puesto que incluso, existen personas que aún teniendo ciertas habilidades sociales, no son capaces de desenvolverse de manera adecuada a la circunstancia social que enfrentan. Una de estas habilidades sociales es la asertividad que trae consigo la comunicación asertiva. Como dijera Castañer (1996):

“La asertividad, es una habilidad social que supone la capacidad de autoafirmar los propios derechos, sin dejarse manipular y sin manipular a los demás” (Olga Castañer, 1996; página 8).

Baeza et. al. (2010), expresan en su libro higiene y prevención de la ansiedad, las tres formas o estilos básicos de comportamiento propuestos por Caballo (1993), que deben darse en las situaciones sociales que requieren la autoafirmación de los propios derechos (Baeza, Balaguer y Belchi, 2010).

**A) El estilo pasivo o no-asertivo.** En este estilo se incluyen a las personas que evitan expresarse y prefieren guardar silencio antes de hacer valer sus intereses o forma de pensar; generalmente no ponen límites y soportan las intromisiones de otros en terrenos muy propios sin defenderse. Prefieren ceder ante otras personas aun cuando

están conscientes de salir perjudicados. Las personas que caen en este estilo generalmente poseen una autoestima baja y a pesar de saber que son poco tomados en cuenta, se mantienen al margen.

- B) El estilo agresivo.** Las personas que caen en este estilo de comunicación son aquellas que consideran que tienen la prioridad por encima del resto de las personas y cuando actúan no toman en cuenta que invaden a otras personas que pueden hacerles daño. No respetan los límites en cuanto al abordaje a los demás. Este tipo de personas se caracterizan por conductas no verbales y vocales como las que siguen: Volumen alto, tono agudo y tajante, habla rápida, orientación frontal, mirada fija, cara tensa, gestos de amenazas, postura intimidatoria.
- C) El estilo asertivo.** Las personas que caen dentro de este estilo son aquellas que saben defender sus derechos sin invadir el derecho de los demás; dicen lo que piensan, pero siendo tolerantes con lo que las demás personas piensan. El comportamiento asertivo permite actuar, pensar y decir de acuerdo a lo que piensa y cree más apropiado para su persona, defendiendo sus derechos, intereses y necesidades sin invadir a los demás, pero tampoco permitiendo ser agredido (Caballo, 1993; en Baeza, Balaguer y Belchi, 2010; página 105).

Caballo (1993) habla sobre el desarrollo de la asertividad y expresa que ésta, como habilidad social, facilita el camino hacia una mejor consideración personal y optimiza la capacidad para relacionarse con los demás de manera eficaz y satisfactoria (Caballo, 1993; en Baeza, Balaguer y Belchi, 2010; página 105).

Tanto la asertividad como la comunicación asertiva se trabajaron como técnicas conductuales, puesto que se tornan de gran utilidad en el desarrollo de la autoestima, tan socavada en las personas con síntomas de depresión sobre todo, y en la confianza que ofrecen a las personas con síntomas de ansiedad. Estas técnicas permitieron que las pacientes reconocieran que muchas veces su forma de expresarse tanto verbal como corporalmente hace que perciban las respuesta de los demás como amenazantes, como de crítica o simplemente las hacen sentir mal. Se trató este aspecto permitiendo que pudieran trabajar sobre cómo comunicarse asertivamente y cómo manejarse dentro de cualquier ambiente y situación actuando de manera asertiva, ayudándolas en su seguridad personal.

#### **7.2.5. Rol playing**

De acuerdo a Beck (2003) el role-playing ("juego de roles") se puede entender como el asumir un papel por parte del terapeuta, del paciente, o de ambos y la consabida interacción social basada en el papel asignado. El



entrenamiento el role-playing puede emplearse con éxito en el tratamiento de los pacientes depresivos. También se utiliza con mucha frecuencia como forma de presentarle al paciente una opción, que pudiera llevar a elucidar los factores que interfieren en la expresión emocional adecuada. También es apropiado para elicitare respuestas de autocomprensión tomando en cuenta el carácter de rigidez en la autocrítica, de los pacientes depresivos (Beck, 2003; páginas 133 - 134).

Jenny Matteus (2004), en su tesis de maestría sobre el programa de terapia de grupo cognitivo conductual para maestros de la escuela básica general del IPHE, que presentan síndrome de Burnout, expresa que en el rol playing se combinan los componentes emocionales y conductuales con el propósito de ayudar a los participantes a experimentar y manejar los sentimientos de miedo y ansiedad ante una situación particular. El rol playing libera emocionalmente a los miembros y les permite actuar de multitud de formas nuevas. Puede provocar el cambio de pensamiento, sentimiento y conducta del participante (Matteus, 2004; página 75).

La técnica del Rol playing se utilizó sobre todo en las últimas sesiones como forma de verificar los cambios operados en las pacientes, toda vez que se les invitó a que actuaran papeles que las llevarían a tomar decisiones sobre cómo actuar, con o sin asertividad, y así pudieron expresar de formas más saludables para ellas, las posibles alternativas en cuanto a la solución de los conflictos. En las pacientes ansiosas es prudente la utilización de esta técnica,

puesto que tienen la oportunidad de observar y experimentar los cambios que se promueven en la persona cuando actúa sin temores, sin angustias, sin zozobra.

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA**

## **1. Justificación del problema**

En la actualidad, las condiciones tanto de la naturaleza como de lo cultural, promueven la aparición potencial de todo tipo de patologías (físicas como mentales). El ser humano está expuesto en su diario vivir a situaciones que muchas veces exacerban su estado de ánimo, llevando al individuo a manifestar una serie de síntomas que pueden clasificarse, en muchas ocasiones, dentro de la categoría de ansiedad y de depresión como signos característicos de un trastorno específico.

El constante dinamismo que proponen las sociedades actuales parecen propiciar una presión tremenda en las personas, que forman parte de ella y sumado a la realidad del entorno particular y a la constitución personal de cada individuo; esta presión fomenta entonces, en muchas ocasiones, trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, como también y entre otros, el trastorno mixto ansioso depresivo, trastorno que es objeto de este trabajo.

El trastorno mixto ansioso depresivo, se define como una categoría en la que están presentes síntomas de ansiedad y de depresión, pero ninguno de ellos predomina claramente, ni tiene la intensidad suficiente como para justificar un diagnóstico por separado. Cuando ambas series de síntomas, depresivos y ansiosos, estén presentes y sean tan graves como para justificar un diagnóstico individual, deben recogerse ambos trastornos y no deberá usarse esta categoría.

Si por razones prácticas de codificación, solo puede hacerse un diagnóstico debe darse prioridad al de depresión (CIE 10, 1992). Este trastorno está presente en un porcentaje alto de personas a nivel mundial y sabemos que en nuestro país esta realidad no cambia. Tiende a observarse más en Atención Primaria. Si bien es cierto, muchos casos son manejados a nivel ambulatorio y no requieren de hospitalización e inclusive no son atendidos por psiquiatría, también es cierto que muchos requieren una ayuda profesional oportuna (médica y psicológica), para hacer funcionales sus vidas.

La realidad social de nuestro país no escapa a la presión descrita con anterioridad, dándose ésta en todos los ámbitos de nuestra sociedad: En los hogares, en el medio laboral, en las escuelas, en los grupos sociales, causando de esta manera, un incremento significativo en las estadísticas a nivel de salud mental.

Señalando datos estadísticos de la Policlínica Roberto Ramírez De Diego, donde se realizara esta investigación, es claro que el trastorno mixto ansioso depresivo se atiende con relativa frecuencia, marcando 45 casos en el año 2011, en consulta externa y 43 casos hasta el mes de agosto de 2012, lo que supone un incremento en los meses restante del año. Esta realidad coadyuva a que el interés de la investigación se vertiera sobre el trabajo con este trastorno. Es importante señalar que la población que se atiende en esta policlínica es mayoritaria de la provincia de Herrera, sin embargo también se atienden casos



de la provincia de Los Santos (Archivos estadísticos de la Policlínica RRDD, 2011, 2012).

De igual forma y en la misma línea de actuación, se analizaron informes estadísticos recabados en el Hospital Regional de Azuero Anita Moreno; se puede observar que la incidencia de los trastornos relacionados con la ansiedad y los del estado de ánimo, en todas sus modalidades, parece tener un aumento si no vertiginoso, sí puede percibirse su incremento. Estos informes estadísticos revelan que en los casos de egresos (que reflejan los ingresos que se dan), los trastornos depresivos aparecen entre los cinco primeros trastornos de mayor incidencia en las estadísticas de 2010, 2011 y el primer semestre de 2012. Con respecto a los trastornos de ansiedad, los casos relacionados con ésta aparecen entre los primeros diez trastornos para el año 2010 y 2011, no apareciendo en las estadísticas de morbilidad del primer semestre de 2012, entre los 20 trastornos de egresos en ese centro hospitalario de salud mental, lo que probablemente indica que los casos de ansiedad que ameritarían hospitalización, para este año, han disminuido o no han acudido a este centro de especialización y sí a uno particular (Archivos del sistema estadístico de salud, 2012).

También se recabó información estadística sobre la atención en la consulta externa de la misma institución, obteniendo datos interesantes sobre las patologías más atendidas; de manera que se puede observar que los

trastornos relacionados con el estado de ánimo y los trastornos de ansiedad ocupan un lugar preponderante en la morbilidad hospitalaria y en la consulta externa.

Los casos atendidos con problemas relacionados con trastornos de ansiedad (Trastorno de Ansiedad orgánico, trastorno de ansiedad generalizada, otros trastornos de ansiedad especificados, Trastorno Mixto Ansioso Depresivo), hacen un total de 341 casos en el año 2011 y 138 casos en el primer semestre de 2012. Observando los datos estadísticos y realizando un ensayo predictivo, se puede pensar que finalizando el segundo semestre de 2012, los casos relacionados con los trastornos de ansiedad atendidos en consulta externa, si sigue la misma tendencia, se esperaría una disminución en la atención de los mismos, comparado con el año 2011.

En cuanto a los casos relacionados con el trastorno del estado de ánimo (Trastorno Depresivo no especificado, otros episodios depresivos, episodio depresivo Leve y grave), se atendieron 163 casos en 2011 y 89 casos atendidos en el primer semestre de 2012, lo que indica que probablemente al finalizar el segundo semestre de 2012, las estadísticas informarán sobre un incremento comparado con las estadísticas de 2011 en cuanto a la atención de dichos casos (Archivos del sistema estadístico de salud, 2012).

Se puede acuñar a esta realidad el hecho de que existen muchas personas aquejadas de estas patologías, pero que por situaciones personales o por pautas que forman parte de su idiosincrasia, no buscan la ayuda profesional que requieren, y la mayoría de las veces recurren a tratamientos de medicina alternativa, entre éstas, la botánica; prescindiendo así de llevar un tratamiento médico y psicológico que restablezca su salud mental. Obviamente estos casos quedan fuera de todas las estadísticas que se manejan a nivel institucional y específicamente en el área de salud.

Afortunadamente, así como existen entes patológicos como los descritos, también existen profesionales que se preparan para tratar y manejar dichas patologías. Estos profesionales utilizan diversas herramientas clínicas que les permiten tratar las mismas; entre estas herramientas están los modelos terapéuticos, como por ejemplo, la Terapia Cognitiva Conductual que es ampliamente utilizada toda vez que se torna en una alternativa muy viable para tratar diversos trastornos de orden mental y psicológico. Generalmente los síntomas que aquejan a los pacientes tienen que ver, de algún modo, con maneras de pensar, con actitudes y pensamientos muy arraigados que les causan daño. Este tipo de terapia ofrece una forma que mantiene vínculos con las técnicas otrora utilizadas, pero también introduce elementos novedosos que ofrecen una nueva perspectiva en el tratamiento psicológico y psiquiátrico del paciente aquejado de algún trastorno de este orden.

Todo lo expresado anteriormente hizo que el interés de esta investigación se enfocara hacia el trastorno mixto ansioso depresivo; y trabajarlo en la Policlínica Roberto Ramírez De Diego, en la cual se presenta una incidencia significativa de dicho trastorno. Es importante destacar que es la primera vez, tomando en cuenta la incidencia y prevalencia de dicho trastorno a nivel de consulta, que se lleva a cabo una investigación de esta índole en una unidad de salud como lo es la Policlínica mencionada. Igualmente se decidió trabajar con una modalidad cuya utilización no es muy frecuente: la grupal. Se considera plausible, que utilizando un abordaje cognitivo conductual y llevando a cabo dicho programa de manera grupal, se lograrán mejores resultados a la vez de introducir una forma poco común en las unidades de salud con las características que presenta la Policlínica Roberto Ramírez De Diego.

## **2. Planteamiento del Problema**

Al finalizar este estudio se espera que queden despejadas claramente las interrogantes que se proponen con respecto al tema que se está trabajando. La principal interrogante que se plantea es ¿Qué efectos tendrá la aplicación de la terapia cognitiva conductual en la disminución de los síntomas de ansiedad y depresión en un grupo de pacientes que padecen de trastorno mixto ansioso depresivo?



### **3. Objetivos de la Investigación**

#### **3.1. Objetivo General**

- Disminuir los niveles de ansiedad y depresión en pacientes de la Policlínica Roberto Ramírez De Diego que manifiestan estos síntomas como parte del trastorno mixto ansioso depresivo que padecen, luego de la aplicación de la terapia cognitivo conductual de Aaron Beck.

#### **3.2. Objetivos Específicos**

- Diagnosticar los niveles de ansiedad y depresión en pacientes con trastorno mixto ansioso depresivo, antes y después de la aplicación de la terapia cognitivo conductual.
- Establecer una comparación entre los niveles de ansiedad y depresión en pacientes con trastorno mixto ansioso depresivo antes y después de aplicado el tratamiento.
- Evaluar la eficacia de la modalidad terapéutica grupal, en la atención de pacientes con trastorno mixto ansioso depresivo.

### **4. Hipótesis**

Las hipótesis se presentarán a través de un cuadro.



**CUADRO No. 1. PRESENTACIÓN DE LAS VARIABLE DEPENDIENTE Y LAS HIPÓTESIS PROPUESTAS EN LA INVESTIGACIÓN.**

Variable Dependiente	Hipótesis de investigación y Nula	Hipótesis estadística
<b>Ansiedad</b>	<p><b>Hipótesis de investigación</b></p> <p>Los síntomas vinculados a la ansiedad disminuirán luego del tratamiento grupal de terapia cognitivo conductual en las pacientes que participan en la investigación.</p> <p><b>Hipótesis Nula</b></p> <p>Los síntomas vinculados a la ansiedad serán iguales o mayores después de aplicar el tratamiento cognitivo conductual en las pacientes que participan en la investigación.</p>	<p><math>H_0: \mu_A \leq \mu_D</math></p> <p><math>H_1: \mu_A &gt; \mu_D</math></p>
<b>Depresión</b>	<p><math>H_1</math>: Los síntomas vinculados a la depresión disminuirán luego del tratamiento grupal de terapia cognitivo conductual en las pacientes que participan en la investigación.</p> <p><math>H_0</math>: Los síntomas vinculados a la depresión serán iguales o mayores después de aplicar el tratamiento cognitivo conductual en las pacientes que participan en la investigación.</p>	<p><math>H_0: \mu_A \leq \mu_D</math></p> <p><math>H_1: \mu_A &gt; \mu_D</math></p>

## 5. Diseño de Investigación

Se utilizó un diseño de investigación pre – experimental de pre-prueba - post-prueba con un solo grupo. Este diseño tiene la ventaja de que ofrece un punto de referencia inicial para ver qué nivel tenía el grupo en la variable dependiente antes del estímulo (Hernández Sampieri et al. 1994; página 139). Este tipo de diseño permite establecer si se operan cambios que podamos presumir se deban a la terapia utilizada.

No obstante, tiene desventajas, como la de poseer poca validez interna y externa. Se tomó la decisión de utilizar este tipo de diseño debido a las características de los factores que se tenían propuestos para esta investigación, como por ejemplo la cantidad de pacientes con disponibilidad para el estudio, como el diagnóstico previo de dichas pacientes, de manera que se consideró el hecho de que si este estudio se llevaba a cabo con responsabilidad y esmero podría ofrecer una información valiosa que ayudaría a un grupo de pacientes de la policlínica donde se llevó a cabo dicho trabajo.

El diseño podría diagramarse de la siguiente manera:

**G                      O<sub>1</sub>                      X                      O<sub>2</sub>**

Dónde:

**G** es el grupo de la investigación.

$O_1$  es la pre – prueba o primera medición de la variable dependiente, que es previa al tratamiento.

$X$  es la variable independiente o tratamiento.

$O_2$  es la post – prueba o última medición de la variable dependiente, que es posterior al tratamiento.

En la pre - prueba se les aplicará al grupo, dos escalas de valoración, la de ansiedad de Zung y la de depresión de Beck.

Posterior a ello, se aplicará la terapia grupal cognitivo – conductual a la muestra, para finalmente aplicar en la post – prueba, las escalas de valoración de ansiedad de Zung y la de depresión de Beck.

## **6. Definición de Variables**

La definición de variables se presentará a través del siguiente cuadro.

**CUADRO N° 2. PRESENTACIÓN DE LAS VARIABLES CON SUS RESPECTIVAS DEFINICIONES CONCEPTUALES Y OPERACIONALES.**

<b>Variables</b>	<b>Definición Conceptual</b>	<b>Definición Operacional</b>
<b>Independiente: Terapia Cognitivo Conductual</b>	Es una forma de intervención psicoterapéutica en la que destaca de forma prominente la reestructuración cognitiva, la promoción de una alianza terapéutica colaborativa y métodos conductuales y emocionales asociados mediante un encuadre estructurado.	Este modelo queda definido como la terapia planificada por la autora y basada en el modelo de Aaron Beck.
<b>Dependiente: Ansiedad</b>	La ansiedad se caracteriza por síntomas de preocupación, definida ésta como un estado de ánimo orientado hacia el futuro en el que se está dispuesto o preparado para intentar afrontar los acontecimientos negativos venideros (Caballo, 1997), acerca de calamidades venideras, sensación de estar al límite, dificultades de concentración, etc., acompañados por tensión muscular como también por síntomas vegetativos (CIE 10, 1992).	La definición operacional de la variable ansiedad se establecerá a partir de los resultados obtenidos de la calificación de la escala de ansiedad de Zung (Astocondor, 2001).
<b>Dependiente: Depresión</b>	Esta se caracteriza por una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de la vitalidad que lleva a una reducción del nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. Otras manifestaciones de la depresión son: Disminución de la atención y concentración, pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad, ideas de culpa y de ser inútil, perspectiva sombría del futuro, trastornos del sueño, pérdida del apetito, pensamientos y actos suicidas o de autoagresión (CIE 10, 1992).	La definición operacional de la variable depresión se establecerá a partir de los resultados obtenidos de la calificación de la escala de depresión de Beck (1989).



## **7. Población y Muestra**

La población para esta investigación es de pacientes que asisten a la Policlínica Roberto Ramírez De Diego, en la ciudad de Chitré, los cuales oscilan entre los 18 y 47 años, y tienen un mínimo de estudio de educación secundaria. Estas pacientes fueron referidos para el estudio por la psicóloga clínica que las atiende, en la consulta externa de dicha policlínica. La población inicial fue de 14 pacientes con diagnóstico previo de Trastorno Mixto ansioso depresivo, a los cuales se les realizó la entrevista clínica para corroborar el diagnóstico establecido.

La muestra utilizada en el estudio no es aleatoria, ya que las pacientes con quienes se trabajó fueron voluntarias y cumplían con características específicas para el estudio (Como lo es el diagnóstico que ya traían previo a la investigación). La muestra finalmente fue de 6 pacientes (grupo único), a los cuales se le aplicó la terapia cognitiva conductual.

## **8. Criterios de inclusión**

- Estar de acuerdo a participar, además de asumir el compromiso.
- Haber recibido tratamiento farmacológico, para su padecimiento, durante seis meses o más.
- Tener diagnóstico previo de Trastorno Mixto Ansioso Depresivo.



## **9. Criterios de exclusión**

- No asistir a la aplicación simultánea de las escalas de valoración (pre – prueba), utilizadas para el estudio.

## **10. Instrumentos de medición**

### **10.1. La escala de valoración de Ansiedad de Zung**

Fue diseñada por William Zung en 1965 con propósito de disponer de un instrumento que permitiera la comparación de casos y datos significativos de pacientes con ansiedad y con el objetivo de identificar los niveles de ansiedad, buscar un estimado de la ansiedad como un trastorno emocional y medir cuantitativamente la intensidad al margen de la causa.

Existen dos escalas, una heteroadministrada (Anxiety Status Inventory, ASI) y otra autoadministrada (Self-rating Anxiety Scale, SAS). La utilizada en el estudio que nos ocupa es la SAS (autoadministrada). Ambas escalas constan de 20 ítems, 5 de ellos se refieren a síntomas afectivos y 15 a síntomas somáticos de la ansiedad (Luis Astocondor, 2001).

En el formato del cuestionario, hay 4 criterios que deben ser puntuados de acuerdo a la intensidad, duración y frecuencia con que se den los síntomas; éstos son: 1. Ausente; 2. Ligera; 3. Moderada, 4. Fuerte. Las respuestas son

cuantificadas, mediante una escala de cuatro puntos (1 a 4) en función de la intensidad, duración y frecuencia de los síntomas. Se le da a la persona la lista de frases y se le pide que coloque una marca en el recuadro que considere más aplicable a su caso, de acuerdo a cómo se ha sentido la última semana. Los ítems tienen dirección positiva o negativa. (Luis Astocondor, 2001).

Para esta escala de valoración de la ansiedad, los puntos de cortes en cuanto a la intensidad y severidad de los síntomas, se proponen como sigue:

**CUADRO Nº 3. PUNTUACIONES DE LA ESCALA DE VALORACIÓN DE ANSIEDAD DE ZUNG.**

<b>Puntuación total de la Escala de valoración</b>	<b>Niveles de Ansiedad</b>
<b>20 - 35</b>	<b>Ausencia de Ansiedad</b>
<b>36 – 51</b>	<b>Ansiedad subclínica</b>
<b>52 - 67</b>	<b>Ansiedad Media Grave</b>
<b>68 en adelante</b>	<b>Ansiedad Grave</b>

**Validez:** Zung en 1965 valida las escalas, tanto de la Autoevaluación de la Ansiedad como de la Autoevaluación de la Depresión, aplicándolas en primer lugar a un grupo de pacientes de consultorios externos en el Duke Psychiatry

Hospital con diagnósticos de depresión, ansiedad y otros desórdenes de personalidad. Los diagnósticos fueron establecidos separadamente por otros clínicos, obteniendo puntuaciones con escalas psicométricas estándares antes de la aplicación de ambas escalas. En todos los pacientes se encontró una alta correlación entre las puntuaciones obtenidas y las recogidas con otras pruebas; se encontró asimismo diferencias significativas en relación con la edad, nivel educacional e ingresos económicos (Luis Astocondor, 2001).

Astocondor (2001) reporta validez mediante correlación con evaluación de expertos y validación transcultural aplicando las escalas en Japón, Inglaterra, Checoslovaquia, Australia, Alemania y Suiza. Las autoevaluaciones en dichos países eran comparables, encontrando que existen diferencias entre un grupo de pacientes con diagnóstico de ansiedad aparente y pacientes ansiosos. En este mismo trabajo Zung delimita sus niveles de cuantificación de la ansiedad.

**Confiabilidad:** Para hallar la confiabilidad se utilizó Alpha de Cronbach, obteniéndose valores altos de confiabilidad (0,7850), notándose valores más altos en hombres que en mujeres (hombres: 0,7750; mujeres: 0,6714) (Luis Astocondor, 2001).

## **10.2. La escala de valoración de Depresión de Beck**

Este inventario fue creado por el psicólogo conductista Aaron T. Beck. Es un cuestionario que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple.

Originalmente se utilizó como un inventario heteroaplicado, sin embargo en la actualidad la versión más usada es la autoaplicada. Consta de 21 ítems que evalúa un amplio espectro de síntomas depresivos. Se sistematizan 4 alternativas de respuesta para cada ítem, que evalúan la gravedad / intensidad del síntoma y que se presentan igualmente ordenadas de menor a mayor gravedad: “ (0) Nunca ”o “Casi nunca”, “(1) A veces”, “(2) Con bastante frecuencia” y “(3) Siempre” o “Casi siempre “. El marco temporal hace referencia al momento actual y a la semana previa. Ni la numeración de las alternativas de respuesta, ni los enunciados de los distintos ítems deben aparecer en el formato de lectura del cuestionario, ya que al dar una connotación clínica objetiva a las frases, pueden influir en la opción de respuesta del paciente.

De los 21 ítems, 15 hacen referencia a síntomas psicológicos-cognitivos, y los 6 restantes a síntomas somáticos vegetativos. Como se observa, su contenido enfatiza mayormente en el componente cognitivo de la depresión, puesto que los síntomas de esta esfera representan el 50% de la puntuación total del cuestionario, siendo los síntomas somáticos vegetativos el segundo bloque de mayor peso.

Los puntos de corte usualmente aceptados para graduar la intensidad/ severidad de los síntomas son los siguientes:

**CUADRO N° 4. PUNTUACIONES DE LA ESCALA DE VALORACIÓN DE DEPRESIÓN DE BECK.**

<b>Puntuación Total de la Tabla de 21 ítems</b>	<b>Niveles de Depresión</b>
<b>1- 10</b>	Estos altibajos son considerados normales
<b>11- 16</b>	Leve perturbación del estado de ánimo
<b>17 - 20</b>	Estado de depresión intermitente
<b>21- 30</b>	Depresión moderada
<b>31- 40</b>	Depresión grave
<b>Más de 40</b>	Depresión extrema

Es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para medir la severidad de una depresión. Las versiones más actuales de este cuestionario pueden ser utilizadas en personas a partir de 13 años de edad.

En cuanto a la fiabilidad y validez del inventario se puede decir que tiene una alta consistencia interna, alta validez de contenido, especificidad en la diferenciación de pacientes deprimidos y sanos, y alta popularidad en cuanto a su uso. Ha sido validado para población de habla hispana por Conde et al (1976) y por Bonicatto et al (1998) en España y Argentina respectivamente con



resultados satisfactorios. También fue validado en poblaciones de universitarios, adultos y adolescentes psiquiátricos ambulatorios.

Al referirse específicamente a la fiabilidad se puede decir que es satisfactoria (de 0.58 a 0.93) y su consistencia interna muy alta tanto en pacientes ( $\alpha$  de Cronbach medio, 0.87), como en muestras de población general ( $\alpha$  de Cronbach medio, 0.81). Los resultados obtenidos con muestras españolas indican una fiabilidad test – retest de 0.70 al cabo de 3 meses y un  $\alpha$  de Cronbach de 0.82.

En cuanto a la validez del inventario, se puede decir que existe una correlación media con la HDRS de Hamilton, que es de 0.73, para pacientes psiquiátricos y de 0.74 para sujetos de la población general. Seftz (1978), nos informa de una correlación de 0.83 con SDS de Zung. También se han encontrado correlaciones altas (entre 0.50 y 0.80) con otras muchas escalas de depresión.

Por otro lado, distintos estudios han demostrado la sensibilidad al cambio del BDI, encontrándose que la mejoría clínica juzgada por expertos correlaciona alrededor de 0.80, con los cambios en las puntuaciones en el BDI.

### **10.3. Entrevista Clínica de Maldonado**

Se aplicó previamente al inicio de las sesiones de terapia. Es una entrevista semiestructurada con el propósito de verificar el diagnóstico y de

conocer más directamente la condición e historia de cada uno de los pacientes que participarían en la investigación propuesta. Se utilizó una forma abreviada de la entrevista que se compone de siete acápite que son los que siguen: Datos de filiación, motivo de consulta, enumeración de los síntomas, historia de la queja actual y episodios previos, otros Problemas (Trabajo, matrimonio), historia personal y familiar y diagnóstico. A su vez cada acápite consta de un número desigual de preguntas relacionadas con el mismo (ver anexo).

## **11. Análisis estadísticos de los resultados**

### **11.1. Análisis descriptivo**

Se utilizaron frecuencias y porcentajes para describir las características generales de la muestra.

### **11.2. Análisis comparativo**

Se utilizó la t de Student, la cual consiste en un procedimiento estadístico de comparación de medias en grupos pequeños. Se utilizó la versión de t de Student para el mismo grupo medido antes y después de un tratamiento.

Para este análisis se utiliza:

- La prueba t para grupos dependientes, cuya fórmula se expresa como sigue:

$$t = \frac{X_1 - X_2}{\sigma_{dif}}$$

- Nivel de significancia de 0.05 a una cola.

## 12. Procedimiento

- Se envió solicitud de permiso para realizar el trabajo de investigación en la Policlínica Ramiro Fernández De Diego; recibiendo poco después, la respuesta positiva para el objetivo propuesto.
- Luego se coordinó con la asesora de la investigación, la población que se atendía con diagnóstico de Trastorno Mixto Ansioso Depresivo, obteniendo la población requerida para tal fin.
- Igualmente se coordinó con la administración de la Policlínica, el lugar específico que se utilizaría para llevar a cabo las terapias, un día cada semana, por tres meses.
- Se realizó entrevista clínica a 14 pacientes para verificar el diagnóstico y para obtener mayor información al respecto, de cada una de las participantes.

- Se verificó el diagnóstico de trastorno mixto ansioso depresivo en cada una de las pacientes participantes.
- Se aplicó la pre-prueba de ansiedad y la de depresión, simultáneamente a toda la población, y se conformó la muestra, no aleatoria, de acuerdo con las que acudieron a la evaluación con las escalas de valoración, que fueron 10 pacientes.
- Se les entregó un calendario con las fechas de las terapias y se discutió al respecto.
- Se inició la terapia grupal.
- Se aplicó la post-prueba de ansiedad y la de depresión simultáneamente a toda la población, en la última sesión de terapia.
- Al terminar las sesiones de terapia, se tomó toda la información y se realizó el análisis estadístico; luego se llevó a cabo la interpretación de los resultados para confrontarlos con las hipótesis.
- Se elaboró el informe final.
- Posteriormente se sustenta la investigación ante las autoridades universitarias.

**13. Plan individual de cada una de las sesiones de la terapia, que describen el tratamiento**

En el anexo se podrá observar el completo desarrollo de las sesiones de tratamiento.

**ATENCIÓN INDIVIDUAL PARA REALIZAR  
ENTREVISTA CLÍNICA**

Es prudente aclarar que como el trabajo se realizó en la policlínica Roberto Ramírez de Diego de la ciudad de Chitré, las pacientes en su mayoría tenían registro de atenciones psicológica y psiquiátrica previa, por tanto, ya tenían el diagnóstico que fue corroborado posteriormente a través de la entrevista clínica, en este caso la de Maldonado. Luego se les reitera sobre su acuerdo con la participación en la terapia y el nivel de compromiso que ello conlleva.

En dos fechas previas a la sesión inicial se llevó a cabo la atención para dichas entrevistas. Se atendió individualmente a cada una de las participantes, para poder conocer los problemas que aquejaban a cada paciente y poder entender la problemática y llegar a conceptualizaciones más acertadas.



Se realizó un total de catorce entrevistas. Posteriormente se les da la cita de iniciación del tratamiento y se les pide puntualidad para el inicio de las sesiones de tratamiento.

### **ATENCIÓN GRUPAL A LAS PACIENTES; TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL**

Una vez concluida la fase de atenciones individuales para realizar la entrevista clínica, se procedió al inicio propiamente dicho del tratamiento cognitivo conductual que se realizó de manera, grupal. En la sesión inicial se explicó la forma en que se llevaría a cabo el tratamiento, enfatizando en los compromisos que cada participante debía cumplir. Luego se procedió a aplicar el pretest de ambas escalas: la de ansiedad y la de depresión. De las catorce personas que inicialmente se entrevistaron, solamente quedaron 10, con las que se inició el tratamiento. De esta sesión inicial en adelante todas fueron grupales. Al finalizar la terapia sólo 6 pacientes de la muestra original de 10, terminaron el tratamiento. La atención grupal fue de gran importancia en esta investigación pues se convirtió en una modalidad rica y que pudo ofrecer una gran ayuda como apoyo social a todas las participantes como también un reto en positivo para la terapeuta que guió dichas sesiones.

SESIÓN INICIAL  
TRATAMIENTO DE TERAPIA GRUPAL  
A UNA MUESTRA DE PACIENTES

**SESIÓN INICIAL: Presentación**

- Presentación de la terapeuta
- Presentación del grupo de pacientes
- Presentación de los objetivos de la sesión
- Objetivos del programa de terapia grupal que se llevaría a cabo.
- Aclaración por el terapeuta sobre las normas de funcionamiento del programa.
- Comentarios del terapeuta a cerca de la terapia (cognitivo conductual), que van a recibir.
- Establecer el plan de trabajo de la próxima sesión.
- Aplicación de la pre – prueba (escala de ansiedad de Zung y escala de depresión de Beck), a todos los pacientes de la muestra.

**OBJETIVO DE LA SESIÓN INICIAL:**

1. "Incrementar el conocimiento, de cada uno de los pacientes que participarán del programa, acerca de la terapia grupal".
2. "Aplicar las escalas de valoración en su fase **antes**, a los pacientes que participarán en el programa de la terapia grupal".

**OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE TERAPIA GRUPAL**

1. "Disminuir los síntomas y molestias que aquejan a los pacientes que participan de la terapia grupal".
2. "Enseñar la utilización de diversas técnicas de corte cognitivo conductual, a las pacientes que participan de la terapia grupal, y que las ayudarán al manejo de sus síntomas".

## **PRIMERA SESIÓN DE TRATAMIENTO**

### **SESIÓN UNO: Módulo educativo**

- Comentarios de los pacientes acerca de su visión acerca de la terapia que recibirán.
- Explicación de la terapeuta acerca de la ansiedad y la depresión como síntomas, con los que se trabajará en la terapia.
- Reestructuración cognoscitiva (Iniciar el trabajo con los activadores y pensamientos automáticos como modelo básico de la terapia, definición de conceptos).
- Tareas para casa
- Finalización de la sesión (resumen de la sesión)

### **Desglose:**

#### **1. Modelo de reestructuración cognoscitiva:**

**Situación → pensamiento → emoción**

#### **2. Conceptos a definir:**

- Pensamientos automáticos
- Distorsiones cognoscitivas

- Ideas irracionales
- Creencias centrales ( sobre sí mismo, sobre los demás y sobre el mundo)

3. Tarea para casa:

- Hacer una lista (5) situaciones que durante la semana pueda tener que le cambien el estado de ánimo. A estas situaciones ubicar el pensamiento que le cruzó la mente en el momento de la misma y ubicar las reacciones (emocionales, conductuales y fisiológicas), y finalmente ubicar la distorsión cognoscitiva en que se enmarca el pensamiento automático.

Situación	Pensamiento Automático	Reacciones			Distorsión Cognoscitiva
		Emocional	Conductual	Fisiológica	



## **SEGUNDA SESIÓN DE TERAPIA**

### **SESIÓN DOS: Reestructuración cognoscitiva**

- Revisión de las tareas para casa.
- Breve recordatorio de lo conversado en la sesión pasada.
- Reconstrucción cognoscitiva: Trabajar sobre la conexión entre pensamiento y emoción, utilizar la escala de valoración subjetiva de SUDS, aplicar ejercicios de imaginación.
- Tareas para casa.
- Finalización de la sesión (resumen de lo trabajado en la sesión).

### **Desglose:**

- Continuar con la relación entre los pensamientos, emociones y comportamientos.
- Trabajar la utilización de la Escala Subjetiva de Ansiedad, SUDS (por sus siglas en inglés).
- Se trabajarán ejercicios de imaginación para llevar a la presencia de ansiedad y luego poder disminuirla.
- Tarea para casa: Se le entregó un cuadro de autorregistro de unidades subjetivas de ansiedad, para que llenen durante la semana cuando experimenten diferentes niveles de ansiedad.

CUADRO. Hoja de autorregistro de unidades subjetivas de ansiedad (SUD)

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Día y hora	SUD	Describe la situación (Síntomas o señales)	Describe la respuesta de ansiedad/relajación
	0-9		
	10-19		
	20-29		
	30-39		
	40-49		
	50-59		
	60-69		
	70-79		
	80-89		
	90-100		

### **TERCERA SESIÓN DE TRATAMIENTO**

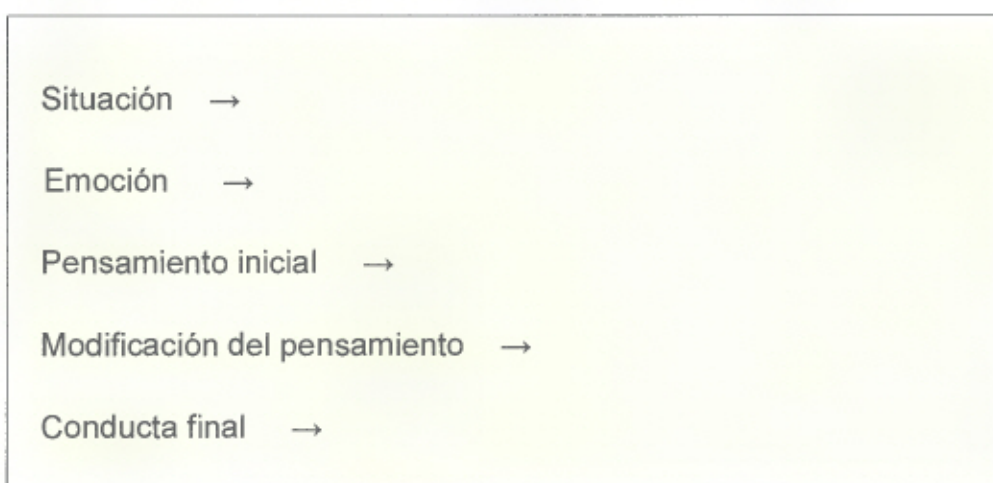
#### **SESIÓN TRES: Reestructuración cognoscitiva**

- Revisar las tareas para casa.
- Reestructuración cognoscitiva: Enfatizar en la relación y diferencia entre pensamiento, emoción, conducta y respuesta fisiológica.
- Reestructuración cognoscitiva: Aplicación del debate a los pensamientos automáticos.
- Tarea para casa.
- Finalización de la sesión (resumen de lo trabajado en la sesión).

#### **Desglose:**

- Solicitar a cada uno de las pacientes que den un ejemplo de su tarea para casa.
- En base a las tareas anteriores, enfatizar en la conexión entre pensamiento, emociones. Conducta y respuesta orgánica, como también las diferencias entre ellos.
- Entregar material sobre preguntas para el debate, dar ejemplos y aplicar a los pensamientos de cada una de las pacientes.

- Las tareas para casa son dos:
  - \* Con el esquema de la tarea #1 desarrollar sobre dos situaciones que experimenten durante la semana.
  - \* Trabajar sobre dos situaciones, desarrollando el siguiente esquema:



(Tomado de J.J. Ruíz S. y J.J. Cano S., 1992)

### **INTERROGATORIO ACERCA DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS**

(Tomado de Beck, J., 2000; En Barrios P., M. Inés, 2005, página 126)

1. ¿Cuál es la evidencia?
  - ¿Cuál es la evidencia a favor del pensamiento?
  - ¿Cuál es la evidencia en contra?
2. ¿Hay alguna explicación alternativa?
3. ¿Cuál es la peor cosa que podría ocurrir? ¿Podría sobrellevarlo?
  - ¿Qué es lo mejor que podría ocurrir?
  - ¿Cuál es la posibilidad más realista?

4. ¿Cuál es el efecto de creer en ese pensamiento automático?  
¿Cuál sería la consecuencia en caso de cambiarlo?
5. ¿Qué debo hacer al respecto?
6. ¿Qué le diría a \_\_\_\_\_ (un amigo) si estuviera en esta misma situación?

Tarea #1 de la sesión tres

Situación	Pensamiento Automático	Reacciones			Distorsión Cognoscitiva
		Emocional	Conductual	Fisiológica	

Tarea # 2 de la sesión tres

Situación	→
Emoción	→
Pensamiento inicial	→
Modificación del pensamiento	→
Conducta final	→

(Tomado de J.J. Ruíz S. y J.J. Cano S., 1992)



## CUARTA SESIÓN DE TRATAMIENTO

### **SESIÓN CUATRO: Reestructuración cognoscitiva**

- Revisión de las tareas para la casa
- Reestructuración cognoscitiva: Trabajar en grupos de dos, la modificación de pensamientos automáticos.
- Asignar las tareas para casa.
- Resumen de la sesión.

#### **Desglose:**

Se trabajará en grupos de dos pacientes la modificación de los pensamientos automáticos y reemplazarlos por pensamientos más adaptativos. Son dos situaciones, una de cada integrante. Una expresa la situación y la otra ayuda a encontrar los pensamientos alternativos y luego intercambian los roles.

#### **Cuadro de guía para la práctica de la sesión**

Situación:

Pensamiento automático:

Pensamiento alternativo:

(Tomado de J.J. Ruíz S. y J.J. Cano S., 1992)

### Tarea para casa:

- **Tarea # 1:** hacer lista de 3 situaciones con sus respectivos pensamientos automáticos, la aplicación del debate y el pensamiento alternativo.
- **Tarea # 2:** En el caso particular, hacer una lista de al menos 5 situaciones que pueden ser modificadas y 5 que no lo sean.

Lista de posibles pensamientos alternativos (Beck, J., 2000; En M. Inés Barrios P., 2005)

- Es desagradable .....Pero no es catastrófico
- Las conductas injustas forman parte de la vida. Puedo soportarlo sin reaccionar con ira.
- Preferiría que la situación fuere.....pero éste no es el caso y puedo tolerarlo.
- Es difícil..... pero no insoportable, puedo soportarlo. No es el fin de mi vida.
- Soy normal con puntos fuertes y puntos débiles.
- Todos nos equivocamos; al equivocarnos no quiere decir que somos lo peor.

### Trabajo durante la sesión:

Se trabajará en grupos de dos pacientes, la modificación de los pensamientos automáticos y reemplazarlos por pensamientos más adaptativos. Son dos situaciones, una de cada integrante. Una expresa la situación y la otra ayuda a encontrar los pensamientos alternativos y luego intercambian los roles.

### Tarea para casa:

- **Tarea # 1:** hacer lista de 3 situaciones con sus respectivos pensamientos automáticos, la aplicación del debate y el pensamiento alternativo.
- **Tarea # 2:** En el caso particular, hacer una lista de al menos 4 situaciones que pueden ser modificadas y 4 que no lo sean, que les puedan llevar al malestar.

Situación Modificable	Situación No modificable

Cuadro tomado del trabajo realizado por la Magistra María Inés Barrios Pinilla en su tesis de maestría (2005).

## **QUINTA SESIÓN DE TRATAMIENTOS**

### **SESIÓN CINCO: Reestructuración Cognoscitiva y Técnica de Relajación.**

- Revisión de tarea para casa.
- Exponer sobre la relajación
- Iniciar el entrenamiento en relajación
- Continuar con el trabajo del debate de pensamientos automáticos, buscando pensamientos alternativos para mayor adaptación.
- Asignación de Tareas para casa.
- Resumen de la sesión.

#### **Desglose:**

Se iniciará en la relajación con la utilización de una situación que evoque sensaciones y emociones positivas (aproximadamente 20 minutos para la relajación); luego de ello, las participantes deberán expresar su nivel emocional (utilizando la escala de 0 a 100).

En el próximo punto se continuará con el debate de pensamientos automáticos y su reemplazo por pensamientos más adaptativos.

**Tareas para la casa:** Se asignarán dos tareas para casa:

- **Tarea # 1:** Practicar la relajación y traer escrito al respecto de su nivel emocional (con la escala), antes y después de utilizar la relajación.
- **Tarea # 2:** Utilizando el cuadro usado anteriormente, trabajar sobre los pensamientos automáticos.



## **SEXTA SESIÓN**

### **SESIÓN SEIS: Módulo Educativo**

- Presentación teórica sobre los síntomas sobresalientes del trastorno mixto ansioso – depresivo.
- Continuación con la técnica de relajación.
- Conversatorio sobre la importancia del apoyo social (familiares), en el proceso terapéutico.
- Asignación de tareas para casa.

#### **Desglose:**

- Se expondrá verbalmente acerca de los síntomas en la ansiedad y en la depresión. Al finalizar la exposición se procederá a solicitar la lista de síntomas de mayor a menor que cada una de las pacientes presentan, ya sea en la actualidad o en el pasado.
- Luego se pasará a la práctica de la relajación utilizando música de fondo.
- Luego se procederá a conversar sobre una forma de afrontamiento: El apoyo social.

**Tareas para casa:**

**Tarea #1:** Práctica de la relajación progresiva: anotar la valoración de la emoción y la del o los pensamientos automáticos.

**Tarea #2:** Hacer una lista de 5 situaciones activadoras que vayan de la que causa menor ansiedad y/o depresión, hasta la que cause mayor ansiedad y/o depresión.

**Tarea #3:** Seguir trabajando con respecto a los pensamientos automáticos y su reemplazo por otros más adaptativos (aplicar el interrogatorio o debate y buscar pensamientos alternativos).

## **SÉPTIMA SESIÓN DE TRATAMIENTO**

### **SESIÓN SIETE: Reestructuración Cognoscitiva y Visualización**

- Revisión de las tareas para casa
- Exploración de las situaciones que aún le causan ansiedad y depresión.
- Uso de la imaginación (trabajando con la jerarquización de situaciones activadoras).
- Practicar la relajación en la fase de visualización.
- Asignación de tareas para casa.
- Resumen de la sesión

#### **Desglose:**

Confrontando las situaciones expuestas en las tareas, se trabajará sobre las situaciones que aún causan ansiedad y depresión.

Posteriormente, utilizando igualmente las situaciones expuestas en las tareas y usando la imaginación, se trabajará dichas situaciones y su afrontamiento, de acuerdo a los recursos que tenga cada sujeto.

Luego de terminar con el uso de la imaginación, pasaremos a una sesión de relajación, pero solo en la fase de visualización.

**Asignación de tareas para casa:**

**Tarea #1:** Utilización de la imaginación con las situaciones activadoras que causen menores síntomas. Registrar la valoración de la credibilidad en el pensamiento y de las emociones.

**Tarea #2:** Utilizar el registro de las tres columnas (situación, pensamiento, reacciones), al menos con dos situaciones activadoras.

**Tarea #3:** Practicar la relajación y registrar la valoración del pensamiento automático y de las emociones.

## **OCTAVA SESIÓN DE TRATAMIENTO**

### **SESIÓN OCHO: Técnicas de relajación y la aserción encubierta**

- Revisión de las tareas para casa
- Práctica de la relajación
- Explorar sobre el mantenimiento o superación de las distorsiones cognoscitivas abordadas en las primeras sesiones.
- Con el abordaje de situaciones activadoras, aplicar la resolución de problemas a dichas situaciones.
- Asignación de tareas para casa.
- Resumen de la sesión.

#### **Desglose:**

Luego de revisar las tareas para casa, pasaremos a practicar la relajación con música, utilizando las tres fases de la misma según T. Carnwath y D. Miller. Posterior a ello, se explorará al respecto de las distorsiones cognoscitivas que aún caracterizan a nuestros pensamientos y cuales han podido ser superadas, insistiendo en que debemos evitar incurrir en dichas distorsiones o utilizar ese tipo de pensamiento con gran frecuencia.



Luego volveremos a trabajar con las situaciones activadoras, explicando y aplicando la técnica de resolución de problemas a dichas situaciones que activan pensamientos automáticos.

### **Asignación de tareas para casa**

- **Tarea # 1:** Practicar la relajación y traer escrito al respecto de su nivel emocional (con la escala), antes y después de utilizar la relajación.
- **Tarea # 2:** Aplicar la técnica de resolución de problemas a una situación activadora.
- **Tarea # 3:** Utilizar el registro de las tres columnas (situación, pensamiento, pensamiento modificado), con una situación activadora.

## **NOVENA SESIÓN DE TRATAMIENTO**

### **SESIÓN NUEVE: Reestructuración cognoscitiva**

- Revisión de las tareas para casa
- Explicación sobre las creencias intermedias y las creencias centrales.
- Presentación de casos escritos, que pudieran ser eventos activadores.
- Practicar la visualización.
- Asignación de las tareas para casa.
- Resumen de la sesión.

#### **Desglose:**

Luego de la revisión de las tareas para casa, se procederá a ofrecer una explicación sobre las creencias centrales e intermedias y cómo éstas repercuten en nuestros pensamientos y reacciones. Luego se dará la oportunidad a que las pacientes expresen sus comentarios y actitudes, con respecto al tema expuesto (con información personal si así lo deciden).

Luego de agotado el tema pasamos a trabajar sobre algunos casos que presentan situaciones activadoras relacionada con los problemas de las

pacientes. Se trabajaran en grupos de dos y al final se expondrán los resultados del trabajo realizado.

### **Asignación de tareas para la casa**

- **Tarea # 1:** Practicar la utilización de la imaginación con situaciones activadoras o situaciones que han experimentado (valorar emoción y pensamiento).
- **Tarea # 2:** Trabajar sobre sus creencias centrales y creencias intermedias (presunciones, actitudes y reglas).
- **Tarea # 3:** Utilizar el registro de tres columnas (situación activadora, pensamiento automático, pensamiento modificado).

## **DÉCIMA SESIÓN DE TRATAMIENTO**

### **SESIÓN DIEZ: Reestructuración cognoscitiva y comunicación asertiva.**

- Revisión de las tareas para casa.
- Reestructuración cognoscitiva: Practicar la técnica de resolución de problemas como forma de enfatizar en su utilización adecuada.
- Explicación y práctica de la comunicación asertiva.
- Asignación de tareas para la casa.
- Resumen de la sesión.

#### **Desglose:**

Una vez se revisen las tareas, se procederá a hacer una práctica rápida sobre la técnica de resolución de problemas como forma de enfatizar en su buen empleo, como también para observar la manera en que ésta puede llevar al desarrollo de un pensamiento más adaptativo. Posteriormente se ofrecerá la explicación sobre la técnica o estrategia de comunicación asertiva que será de valiosa ayuda para lograr habilidades sociales y mejorará la situación particular de cada una de las pacientes. Una vez explicada, se realizará una práctica con el fin de verificar si todas captaron la esencia de la estrategia. Se abrirá el compás para preguntas y respuestas, como también para comentarios.

**Tareas asignadas para casa:**

**Tarea # 1:** Practicar la técnica de resolución de problemas con situaciones activadoras que lleven a pensamientos automáticos (utilizar valoración de emociones y pensamientos).

**Tarea # 2:** Practicar la comunicación asertiva en su vida diaria (registrar experiencias).

**Tarea # 3:** Utilizar la imaginación con situaciones activadoras y practicar la visualización (registrar valoración).



## **DÉCIMA PRIMERA SESIÓN DE TRATAMIENTO**

### **SESIÓN ONCE: Reestructuración cognoscitiva y relajación**

- Revisión de las tareas para casa.
- Reestructuración cognoscitiva (Cómo trabajar sobre la eliminación de las creencias centrales e intermedias que nos ocasionan malestar).
- Practicar la relajación, en su fase de respiración y visualización.
- La comunicación asertiva.
- Asignación de tareas para la casa.
- Resumen de la sesión.

#### **Desglose:**

Luego de terminar de revisar las tareas, se procederá a explicar el cuadro que ayuda a trabajar las creencias nucleares y las intermedias, de manera tal que no crea que no afecten negativamente a cada una de ellas.

Luego, se pasará a realizar una práctica rápida de la relajación progresiva, trabajando solamente la fase de respiración y la de visualización.

Cuando se termina con la sesión de relajación, se inicia el tema sobre la comunicación asertiva.

**Asignación de tareas para casa:**

- **Tarea # 1:** Practicar la técnica de resolución de problemas, con situaciones activadoras o problemas actuales. Valorar los pensamientos y las emociones.
- **Tarea # 2:** Practicar la comunicación asertiva tanto en su casa como en el trabajo, exponiendo los pasos utilizados.
- **Tarea # 3:** Practicar el registro de la triple columna (Situación, pensamiento automático y el pensamiento alternativo), valorando la credibilidad en el pensamiento automático, como las emociones.

## **DÉCIMO SEGUNDA SESIÓN DE TRATAMIENTO**

### **SESIÓN DOCE: Comunicación Asertiva y rol playing**

- Revisión de tareas para casa.
- Explicación de la técnica de rol playing.
- Práctica de la técnica de rol playing, con la estrategia de comunicación asertiva.
- Aplicar la técnica de visualización.
- Asignación de tareas para casa.
- Resumen de la sesión.

#### **Desglose:**

En primer término se explica la técnica de rolling playing en su base teórica. Luego se entrega material sobre comunicación asertiva con estilos asertivos, estilos agresivos y estilos sumisos que puedan ayudar a comprender cuándo una comunicación es asertiva. Posteriormente pasamos a poner en práctica la técnica explicada utilizando a la vez los principios de la estrategia de la comunicación asertiva.

Finalmente se aplica la técnica de visualización.

**Asignación de tareas para casa:**

**Tarea #1:** Practicar la comunicación asertiva en la vida cotidiana y registrar las experiencias.

**Tarea #2:** Practicar la relajación progresiva completa (registrar valoración).

### **DÉCIMA TERCERA SESIÓN DE TRATAMIENTO**

#### **SESIÓN TRECE: Módulo educativo (revisar los aprendizajes adquiridos)**

- Revisión de las tareas para casa.
- Revisión de las estrategias aprendidas.
- Practicar el rol playing aplicado a algunas estrategias aprendidas
- Practicar ejercicios de relajación e imaginación
- Asignación de tareas para la casa.
- Resumen de la sesión.

#### **Desglose:**

Se hará una revisión rápida de las estrategias aprendidas durante cada una de las sesiones de tratamiento, como forma de reforzar el aprendizaje adquirido.

Luego se practicará la técnica de rol playing aplicada a algunas de la técnicas aprendidas, como por ejemplo la de debatir los pensamientos automáticos y como la de la comunicación encubierta.

Adicional se practicará la relajación progresiva aplicando sus tres fases y también se practicará la estrategia de imaginación.



Se entregará una material con todas las técnicas que se trabajaron en cada una de las sesiones de la terapia.

### Asignación de tareas

**Tarea #1:** Practicar con énfasis la identificación de pensamientos automáticos utilizando la tabla sugerida:

Situación	Pensamiento Automático	Reacciones			Distorsión Cognoscitiva
		Emocional	Conductual	Fisiológica	

**Tarea #2:** Practicar la triple columna para el reemplazo de los pensamientos automáticos por alternativos. Utilice el siguiente cuadro:

CUADRO DE TRIPLE COLUMNA			
Situación			
Pensamiento Automático			
Pensamiento Alternativo			

(Tomado de J.J. Ruiz S. y J.J. Cano S., 1992)

**Tarea #3:** Practicar la estrategia de resolución de problemas con alguna situación pasada o futura con la que desee trabajar.

## **SESIÓN DÉCIMO CUARTA DE TRATAMIENTO**

### **SESIÓN CATORCE: Integración**

- Revisión de las tareas
- Exposición y comentarios sobre prevención de recaídas.
- Aplicación del post – test (Escala de ansiedad de Zung y escala de depresión de Beck).

#### **Desglose:**

Se realizará una exposición sobre la prevención de las recaídas con el propósito de que las pacientes se preparen para tomar las medidas pertinentes en caso de que haya involución de los síntomas.

Posteriormente, se aplicará las post pruebas: la escala de valoración de ansiedad de Zung y la escala de depresión de Beck.

#### **14. Local para el tratamiento**

Las sesiones de tratamiento se llevaron a cabo en la Sala de Conferencias de la Policlínica Roberto Ramírez De Diego, en Chitré. Esta sala de conferencias cuenta con buena ventilación (aire acondicionado), buena iluminación y nivel de privacidad.

#### **15. Limitaciones**

- Las limitaciones más importantes que se presentaron son las relacionadas con el diseño de investigación pre – experimental (pre – test y post – test de un solo grupo): El hecho de trabajar con un solo grupo y no aleatorio, afecta la validez interna y principalmente externa de la investigación, lo cual implica que los resultados sean válidos únicamente para los sujetos en estudio.
- Algunas de las sesiones de tratamiento (tres sesiones) no se pudieron realizar en la Sala de Conferencia, debido a compromisos previos de eventos en la misma, por tal motivo nos desplazamos a otra sala menos amplia y con menos recurso de apoyo.
- Algunas de las pacientes que participaron en el estudio y residían en distritos y corregimientos lejos del área donde se llevaba a cabo el tratamiento, no contaban con el dinero para desplazarse hasta la

sede una vez por semana. No obstante, a estas pacientes se les ofreció el dinero en cada sesión que les serviría como ayuda económica debido a la frecuencia de las sesiones.

- En algunas sesiones no se pudo iniciar a la hora acordada debido a que se debió esperar a algunas de las pacientes que viajaban de lejos y tenía algún inconveniente, como el transporte, la lluvia, otros.

## **CAPÍTULO IV**

### **ANÁLISIS DE RESULTADOS**



## 1. Datos generales de la muestra

En primer lugar se presentan los datos generales como edad, nivel de educación, estado civil y condición laboral de la muestra del estudio. Vale la pena indicar que la muestra utilizada fue conformada totalmente por mujeres con diversas características personales.

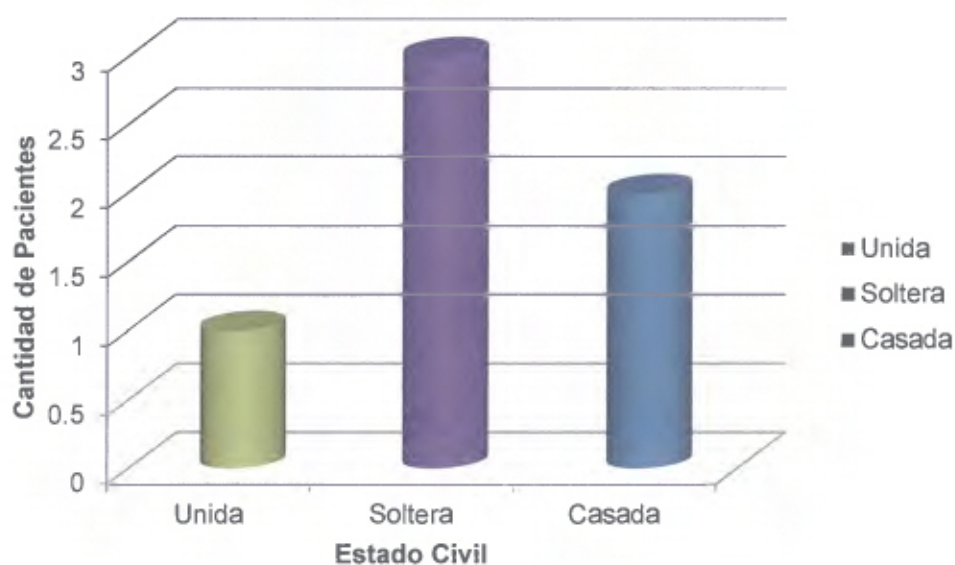
**Cuadro N° 5. RANGO DE EDADES DE LA MUESTRA DE PACIENTES CON TRASTORNO MIXTO ANSIOSO DEPRESIVO.**

Rango de Edades	Cantidad de sujetos por rango de edad
30 - 35	1
36 - 40	2
41 - 45	0
46 - 50	3
<b>Total</b>	<b>6</b>

Se puede observar en el cuadro, que el 50% de las pacientes se encuentran en el rango de edad de 30 - 40 años; ninguna paciente cae en el rango de 41 – 45 años y finalmente tres pacientes, o sea el 50%, caen en el rango de 45 -50 años; esto nos indica que son que las pacientes son mujeres adultas aun en edad productiva.

Como se dijo anteriormente, la muestra está conformada por el sexo femenino; el estado civil de las seis pacientes se recoge en la gráfica N° 1.

**GRÁFICA N° 1. ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES DE LA MUESTRA.**



La Gráfica N° 1 indica que una de las pacientes (16.7%), está unida, tres (50%), de la muestra son pacientes solteras y dos (33.3%), son pacientes casadas. Precisamente las tres pacientes solteras son las que hacen el 50% de la muestra que cae en el rango de mayor edad (45 – 50%).

Como parte importante de las características de la muestra de estudio, se incluye el nivel educativo, expresado a través del cuadro N° 6.

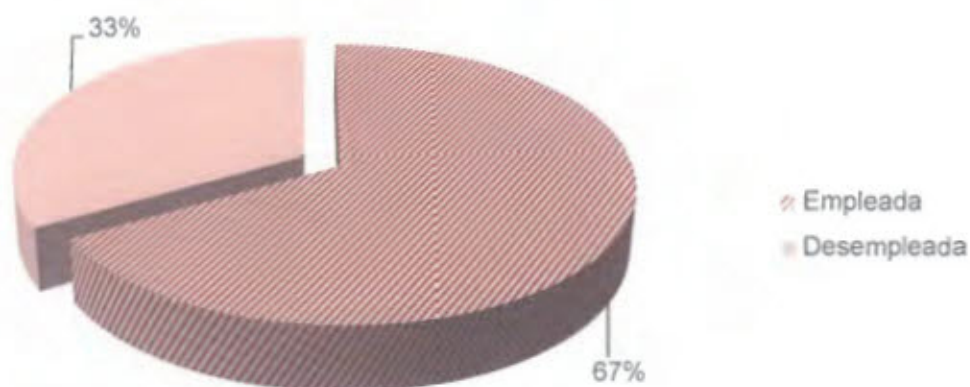
CUADRO N° 6. NIVEL EDUCATIVO DE LA MUESTRA DEL ESTUDIO.

Nivel Educativo	Cantidad de Sujetos
Estudios Completos Secundarios	1
Estudios parciales Universitarios	1
Estudios Completos Universitarios	4
<b>Total</b>	<b>6</b>

El cuadro nos explica claramente que una de las pacientes (16.7%) de la investigación tiene estudios secundarios completos; que una (16.7%), tiene hasta el tercer año de grado universitario y que las cuatro (66.7%), tienen grado de estudio universitario completo. Estos datos indican que las sujetos de la muestra estaban en capacidad en cuanto a estudios, para comprender tanto los lineamientos como las técnicas con que se trabajó durante la terapia cognitivo conductual.

Las características laborales de las pacientes se muestran con el gráfico N° 2, a continuación.

**GRAFICA N° 2. CONDICIÓN LABORAL DE LA MUESTRA DE PACIENTES CON TMAD.**



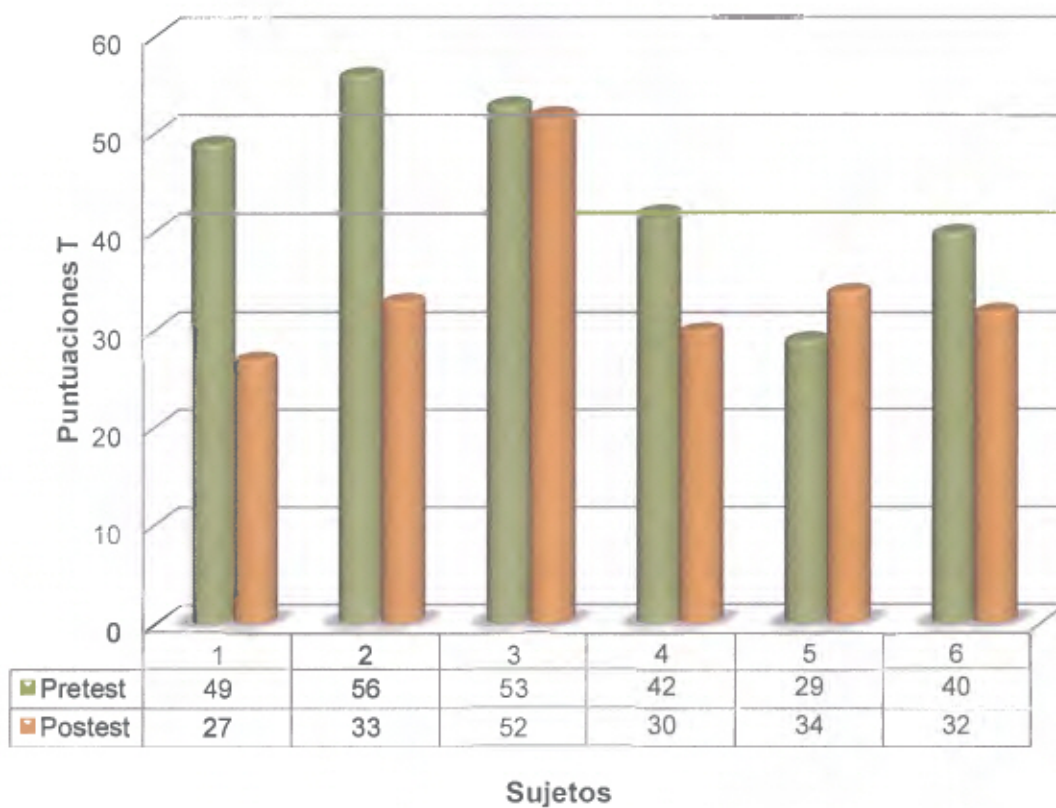
La Gráfica N° 2 indica que actualmente cuatro pacientes de la muestra están empleadas, lo que representa un 66.7% y que dos del total de sujetos de la muestra están desempleadas actualmente, lo que representa un 33.3%. Es interesante señalar que de las cuatro que están empleadas tres son secretarias, dos en entidades privadas y una en una entidad pública, por lo tanto tienen un horario claramente establecido, aunque una de ellas además de ser secretaria de la empresa es la que lleva la contabilidad, no obstante tiene pleno manejo en la flexibilidad del horario de trabajo. La cuarta paciente es vendedora en una empresa comercial, teniendo el inconveniente de trabajar por turnos rotativos. Una de las que está actualmente desempleada, días antes de iniciar la terapia fue despedida de su cargo como administradora de una parroquia.

## 2. Presentación y Análisis descriptivos y comparativos de los resultados

Luego de presentar los datos con las características de la muestra se entrará a expresar a través de gráficos, y a realizar el análisis descriptivo de los resultados de la investigación.

### 2.1. Ansiedad

**GRÁFICA N° 3. COMPARACIÓN DEL GRUPO SEGÚN LAS PUNTUACIONES T EN LA ESCALA DE ANSIEDAD DE ZUNG EN EL PRETEST Y POSTEST.**





Observamos en la gráfica las puntuaciones T en el pretest, con excepción de la paciente N°5, están por encima o en 40, lo que indican que todas ellas tenían niveles de ansiedad. Igualmente podemos observar, que en el postest la mayoría de las puntuaciones de las pacientes disminuyeron a excepción de la N°5, en la cual se incrementó los niveles de ansiedad, incluso por encima del nivel mostrado en el pretest. Si observamos en detalle, todas las puntuaciones T, en el pretest, una paciente (16.7%), marcó ansiedad en niveles normales, tres (50%) marcaron ansiedad subclínica y dos (33.3%) marcaron niveles de ansiedad media grave. En el postest, cuatro pacientes (66.7%), disminuyeron los niveles de ansiedad considerablemente (ansiedad ausente) y dos (33.3%), se mantuvieron en el mismo nivel (ansiedad ausente y ansiedad media grave).

**CUADRO N° 7. PRUEBA ESTADÍSTICA PARA GRUPOS DEPENDIENTES. ESCALA DE VALORACIÓN DE ANSIEDAD DE ZUNG.**

Pruebas t para medias de una muestra antes y después		
	Pretest	Posttest
<b>Media</b>	<b>44.83</b>	<b>34.67</b>
<b>Desviación estándar</b>	<b>9.04</b>	<b>8.08</b>
<b>Observaciones</b>	<b>6</b>	<b>6</b>
<b>Grados de libertad</b>	<b>5</b>	
<b>Estadístico t</b>	<b>2.223</b>	
<b>Valor crítico de t (una cola)</b>	<b>2.015</b>	

$$\alpha < 0.05$$

La  $t$  calculada es de 2.223 y es mayor que la  $t_c$  de 2.015, por lo tanto estos resultados sugieren que hay evidencia estadística para rechazar la hipótesis nula, y que probablemente la hipótesis alterna de investigación sea cierta, lo cual indica que los niveles de ansiedad en las pacientes son menores, después del tratamiento.

### **2.1.1. Interpretación de los resultados en cuanto a la Ansiedad**

Se puede observar claramente que las puntuaciones  $T$  disminuyeron en su gran mayoría luego del tratamiento, al igual que en la media también se observó una disminución, si se compara con los valores antes de recibir el tratamiento. Sin embargo, realizando un análisis de manera detallada y cuidadosa, es necesario detenerse en la paciente N° 5 para analizar el caso. Si bien, esta paciente, no presentó niveles de ansiedad en el pretest ni en el postest, se considera que tener un diagnóstico previo de trastorno mixto ansioso depresivo y haberse medicado mínimo por seis meses, además de que durante la entrevista clínica, ésta dio muestra de ansiedad hasta en la manera de expresarse; se puede considerar que presumiblemente la misma no haya comprendido las indicaciones o no se haya ubicado en la realidad durante el pretest y postest, manifestando una falta de objetividad en la ejecución de la prueba. Igualmente es importante señalar que la paciente N° 3, disminuyó muy poco su nivel de ansiedad, manteniendo una ansiedad media grave, sólo con

una puntuación T por debajo en el posttest. De la misma manera, las medias tuvieron una disminución en el pretest comparado con el posttest, afirmando, en este caso que el tratamiento cognitivo conductual tuvo efectos positivos en la muestra de pacientes, a excepción de una, la paciente N° 5 (de lo cual se hizo una explicación anteriormente), que en el posttest marcó niveles ligeramente por encima que los niveles marcados en el pretest.

La prueba t sustenta lo expresado y corrobora la hipótesis de investigación; de allí que se puede expresar, que el tratamiento fue efectivo en las pacientes para disminuir los niveles de ansiedad.

El significado de lo anterior, puede traducirse como que antes del tratamiento, las pacientes de la muestra se mostraban ansiosas ante diversas situaciones que formaban parte de su experiencia diaria y que posterior al tratamiento cognitivo conductual dicha muestra de pacientes han logrado enfrentar las experiencias diarias mostrando disminución en sus manifestaciones de ansiedad.

Se mostrará un cuadro integrativo en la siguiente página con los resultados en el pretest y posttest, incluyendo los niveles de ansiedad y depresión obtenidos en cada una de las pacientes.

**CUADRO N° 8. RESULTADOS ANTES Y DESPUÉS DE NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN CON SUS NOMINACIONES CLÍNICAS RESPECTIVAS.**

N° de Ptes	Ansiedad				Depresión			
	Punt. T	Antes	Punt. T	Después	Punt. T	Antes	Punt. T	Después
1	49	Ansiedad Sub - clínica	27	A. ausente	12	Leve perturb. del estado de ánimo	1	Altibajos normales
2	56	Ansiedad media grave	33	A. ausente	16	Leve perturb. del est. de ánimo	3	Altibajos normales
3	53	Ansiedad media grave	52	A. media grave	20	Estado de depresión intermedia	11	Leve perturb. del est. de ánimo
4	43	Ansiedad Sub - clínica	30	A. ausente	39	Depresión grave	6	Altibajos normales
5	29	Ansiedad ausente	34	A. ausente	11	Leve perturb. del est. de ánimo	3	Altibajos normales
6	40	Ansiedad Sub - clínica	32	A. ausente	22	Depresión moderada	8	Altibajos normales

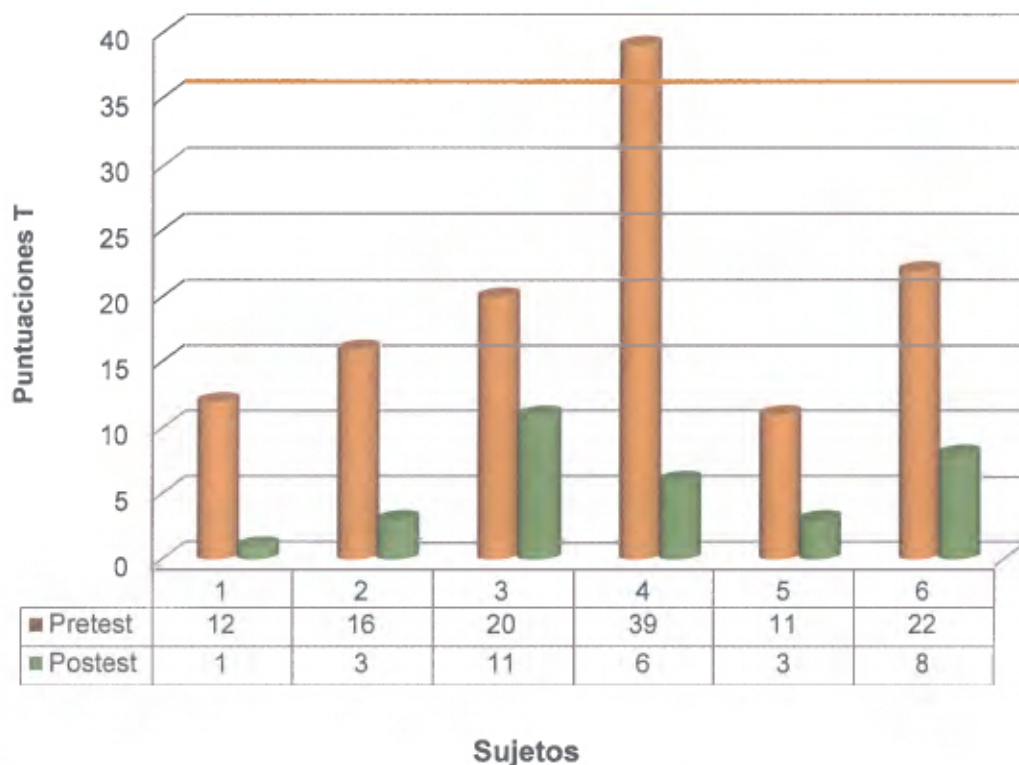
Elaborado por la autora de la investigación, Lic. Brisilda Tejada.

Como se muestra en el Cuadro N° 8, aparece la cantidad de la muestra, los puntajes T antes y después para la ansiedad y la depresión, con su correspondiente nominación clínica para cada puntaje T.



## 2.2. Depresión

**GRÁFICA N° 4. COMPARACIÓN DEL GRUPO SEGÚN LAS PUNTUACIONES T EN LA ESCALA DE DEPRESIÓN DE BECK, EN EL PRETEST Y POSTEST.**



En la Gráfica N° 4, de la variable depresión, se observa que al comparar las puntuaciones T, en el pretest con las puntuaciones T del posttest, se evidencia claramente la disminución de las mismas en todas las pacientes. Explicando de manera detallada, se percibe que en el pretest tres pacientes (50%) marcaron depresión leve; dos pacientes (33.3), marcaron depresión moderada y una (16.7), depresión grave. Y en el posttest cinco pacientes (83.3%), mostraron altibajos normales a excepción de una (16.7%), quien marcó leve perturbación del estado de ánimo, aunque disminuyó comparándolo con su nivel en el pretest que fue estado de depresión intermitente.



**CUADRO N° 9. PRUEBA ESTADÍSTICA PARA GRUPOS DEPENDIENTE.  
ESCALA DE VALORACIÓN DE DEPRESIÓN DE BECK.**

<b>Pruebas t para medias de una muestra antes y después</b>		
	<b>Pretest</b>	<b>Posttest</b>
<b>Media</b>	<b>20</b>	<b>5.33</b>
<b>Desviación estándar</b>	<b>9.36</b>	<b>3.40</b>
<b>Observaciones</b>	<b>6</b>	<b>6</b>
<b>Grados de libertad</b>	<b>5</b>	
<b>Estadístico t</b>	<b>3.891</b>	
<b>Valor crítico de t (una cola)</b>	<b>2.015</b>	

$$\alpha < 0.05$$

La t calculada es de 3.891 y es mayor que la t crítica o t de la tabla de 2.015, por lo tanto estos resultados sugieren que hay evidencia estadística para rechazar la hipótesis nula y para aceptar la hipótesis de investigación la cual expresa que sí existe diferencia entre el pretest y el posttest y por ende los niveles de depresión en las pacientes son menores después del tratamiento.

### **2.2.1. Interpretación de los resultados en cuanto a la Depresión.**

En términos globales podemos observar que en todas las pacientes los

niveles de depresión disminuyeron y de manera considerable, puesto que en el posttest sólo una de las pacientes marcó una depresión leve, luego de una depresión intermitente; el resto no marcó depresión. Al hacer un análisis más detallado se puede observar que antes del tratamiento todas las pacientes marcaron depresión, en diferentes grados; luego de recibir el tratamiento cognitivo conductual, se experimentó una disminución de los síntomas que llegaron a marcar incluso, no depresión, en cinco de las seis pacientes y en una de ellas marcó niveles de depresión leve, cuando antes del tratamiento había marcado niveles intermitentes de depresión.

La prueba t de student evidencia que lo propuesto en la hipótesis de investigación era cierto, cuando se expresó que luego del tratamiento cognitivo conductual los niveles de depresión serían más bajos o disminuirían.

Esto indica igualmente que la muestra del estudio, mujeres que ante situaciones de la vida diaria y problemas comunes o extraordinarios, evidenciaban no tener recursos propios para manejarlos sin caer en estados depresivos; luego de recibir el tratamiento cognitivo conductual parece que lograron enfrentar las situaciones desencadenantes con mejores recursos psicológicos, como el modificar los pensamientos que usualmente las llevaban a deprimirse, cambiándolos por pensamientos más positivos, más adaptativos, de manera que lograron enfrentar la situación, pero asumiendo un pensamiento y actitud mucho más acorde a la situación real y así mejorar su salud mental.

### **3. Análisis integrativo de los resultados**

Es claro que al realizar esta investigación se consideró el beneficio tanto de quienes la llevarían a cabo, como de las personas o pacientes que participaron de la misma. El interés que se dedicó a tal estudio, se ve reflejado en los resultados del mismo. Cuando se concretó la definición del problema, los objetivos y las hipótesis, iban enfocadas a lograr un cambio positivo en las pacientes que participarían del programa.

La aplicación del programa de terapia cognitivo conductual trajo beneficios a quienes participaron, toda vez que los resultados indican que disminuyeron los síntomas del trastorno mixto ansioso depresivo que presentaban las pacientes. Cuando se realizaron las entrevistas de manera individual, se pudo notar los niveles de ansiedad y depresión que presentaban al evocar situaciones específicas como parte de la misma; evidencias de no tener los recursos ni las respuestas adaptativas para enfrentar la diversidad de eventos que a diario experimentaban.

Con los resultados de este programa de terapia, a pesar del diseño de investigación utilizado, con niveles bajos de control experimental, se considera que los primeros tienen que ver en alto porcentaje con la aplicación de la terapia cognitivo conductual; puesto que siendo estas pacientes medicadas con un mínimo de seis meses, antes de comenzar la terapia, es poco probable que los

cambios manifestados en el postest, no estén influidos por la experiencia con dicha terapia.

Vale la pena hacer un énfasis especial en los resultados globales entre la ansiedad y la depresión en el pretest y postest. Es claro que los resultados indican que la terapia incidió, con mayor efectividad, en los síntomas depresivos que en los de ansiedad y esto puede indicar que el programa es más efectivo para la depresión que para la ansiedad. Puede entenderse este hallazgo si se toma en cuenta que el modelo terapéutico en que se basó la investigación fue el propuesto por Beck, modelo que en sus orígenes se esbozó y creó tomando en cuenta los altos índices de depresión a nivel mundial, sin que existieran alternativas altamente efectivas, con diseño ex profeso para disminuir el porcentaje de aquejados con trastornos de depresión, que como dijera Amparo Belloch (2009), "el trastorno psicológico que potencialmente puede llevar a los mayores índices de mortalidad es la depresión debido a su ligazón indefectible con los casos de suicidio".

Este modelo propone las técnicas específicas que llevarán a los pacientes a reestructurar sus esquemas, a identificar y debatir sus cogniciones distorsionadas, permitiéndoles que afronten sus dificultades con pensamiento renovado, mucho más positivo y justo con sus habilidades reales y potenciales. Es obvio que, en este estudio, se le adicionaron al modelo, que enfatiza en los rasgos de depresión, técnicas que se enfocaron hacia los síntomas de ansiedad,



como la relajación, la comunicación asertiva, la visualización. Lo cierto es que se conjugaron técnicas que se planificaron con potencial acierto y efectividad en la sintomatología que se trabajó.

Puede inferirse entonces, que a través de la terapia y con el aprendizaje de las técnicas utilizadas en la misma, fueron capaces de pensar de manera diferente, pensar con actitud más realista hacia sí mismas, y de esta manera incrementar su autoestima. Al aprender a detectar los pensamientos automáticos, que otrora le causaban malestar y le llevaban a reforzar las distorsiones cognoscitivas, que ayudaron a autoevaluarse y tener un conocimiento parcial de sí mismas, fueron capaces de debatirlos y cambiar dichos pensamientos por unos que les proveyera de actitudes y conductas más asertivas y más adaptativas; que al final las llevó a una total o parcial reestructuración cognoscitiva al conocer que su forma de pensar tiene una gran importancia en lo que puedan experimentar y sentir.

Cuando mostraron gran disposición de aprender las técnicas y practicarlas, realizando las tareas para casa, encomendadas en cada sesión; pareciera que esto les ayudó a darse cuenta de sus avances y de compartir las dificultades que encontraron en el camino, al discutirlas al inicio de cada sesión. Sin duda, este ejercicio continuo proporcionó la destreza necesaria para que las pacientes en una u otra medida, encontraran un punto de apoyo necesario para el logro de los objetivos propuestos.



Al practicar sesión tras sesión, técnicas de relajación, pudieron finalmente alcanzar a adoptar una postura más relajada ante las situaciones del diario vivir, que les permitiría, en última instancia, sentirse mejor consigo mismas, con los demás y con el entorno que las rodea. Les permitió igualmente disminuir los niveles de ansiedad y aprender a manejarlos. Es perfectamente presumible que a través de la terapia, las pacientes aprendieron a comunicarse de manera asertiva, fomentando así la posibilidad de mejorar las relaciones interpersonales a nivel tanto laboral como social.

La terapia grupal fue crucial en los resultados obtenidos, toda vez que ese intercambio de experiencias, inicialmente en negativo, pero que paulatinamente, permitió que cada una de ellas pudiera observar el avance en las demás, en la forma de utilizar las técnicas para lograr una mejor manera de pensar, incidió positivamente en sus síntomas ansiosos depresivos. Está claro que la terapia grupal se convirtió en un verdadero apoyo social para cada una de las pacientes, adicional al que posiblemente tuvieran en sus casas u otros ambientes. Este apoyo social continuo y sistemático operó respuestas individuales y específicas en cada una de ellas, que les promovió mayor confianza en sí mismas y en los demás, como también les proporcionó mayor información del avance colectivo e individual, entendiendo más claramente las implicaciones de la situación a la que hacían frente.

Ciertamente, es necesario detenerse un poco en el hallazgo de las muertes experimentales, que se presentaron, sin embargo, no parecieron tener relación con el desinterés o falta de expectativas de las participantes que abandonaron el programa; sino que por razones de tipo personal (el caso de dos que encontraron empleos y no pudieron continuar y las otras dos fueron por razones de horario y turnos de trabajo), y a pesar de haber iniciado la terapia, obligadamente tuvieron que abandonarla.

Finalmente, se puede decir que la experiencia terapéutica y de manera grupal, fueron elementos muy importantes en el cambio de pensamiento y actitud de la muestra de pacientes con trastorno mixto ansioso depresivo con que se trabajó. Estas mujeres, pese a los síntomas que manifestaron, desde el principio, se mostraron interesadas y anuentes a participar del programa, ante el cual manifestaron muchas expectativas, dentro de lo esperado por su estado anímico. Entonces como dijera Isabel Gabalda (2009; página 138.), la terapia cognitivo conductual tiene como meta ayudar a los pacientes a descubrir su pensamiento disfuncional e irracional, comprobar en la realidad su pensamiento y su conducta y construir técnicas más adaptativas y funcionales de responder personalmente; luego entonces, se considera que esta meta se alcanzó en el presente trabajo.

## CONCLUSIONES

Luego de culminar con la fase de análisis de resultados de la investigación que se presenta, se llega a las siguientes conclusiones sobre la base de dicho análisis:

1. Los resultados estadísticos de la muestra marcan una diferencia de media que indica una variación significativa en los resultados del pretest y el posttest, tanto en los síntomas de ansiedad como en los síntomas de depresión, lo que indica que el tratamiento fue efectivo para disminuir los síntomas en la muestra de pacientes con trastorno mixto ansioso depresivo; estos hallazgos propenden hacia el logro de los objetivos propuestos para esta investigación.
2. Por consiguiente se puede colegir que la muestra de pacientes que participaron en el programa de terapia, lograron reestructurar sus esquemas de pensamiento si no totalmente, al menos, de manera suficiente como para dar evidencia de la mejoría de sus síntomas y es claro que esto se logró al alcanzar un entendimiento bastante claro de la esencia de la reestructuración cognoscitiva, que connota la vertical incidencia del pensamiento en las conductas y emociones; que manifiesta la persona ante determinada situación.
3. Específicamente, en el caso de la ansiedad, los resultados parecen indicar que el tratamiento dio buenos resultados, en la mayoría de

las sujetos, quedando una en la cual la diferencia fue mínima (una puntuación T), aunque a favor de la disminución de los síntomas, no obstante fue poca la mejora en los niveles de ansiedad; esta circunstancia podría indicar que no hubo un buen manejo, en particular, de parte de la paciente, de las técnicas mayormente enfocadas al trabajo de disminuir los niveles de ansiedad, como las técnicas de relajación, visualización, imaginación; pero sobre todo, a nivel de reestructuración cognoscitiva, presumiblemente, no logró manejar adecuadamente la identificación, el debate y modificación de las cogniciones erráticas, que hacen disparar el pensamiento hacia las respuestas negativas.

4. En el caso de la depresión, los datos estadísticos marcan una diferencia de media mucho mayor que en el caso de los síntomas de ansiedad, por lo que, probablemente, indica que fueron manejadas con mayor acierto las técnicas cognitivas que llevaron a modificar los modos de pensamiento; sobre todo los vinculados con las creencias nucleares y distorsiones cognoscitivas relacionadas a historias tempranas de las pacientes que participaron en el programa.
5. Muy vinculado a la conclusión anterior, se puede colegir que pareciera que el programa de tratamiento cognitivo conductual fue



mayormente efectivo en la disminución de los síntomas depresivos que para los ansiosos; al respecto, de las razones, podría concluirse, además de lo expresado con anterioridad, que al basar la terapia en el modelo de Beck, es evidente que la misma está diseñada at hoc para trabajar con los síntomas depresivos.

6. Está claro que el diseño de investigación utilizado se ve amenazado por la falta de validez sobre todo externa, por consiguiente, los resultados de esta investigación son válidos exclusivamente para la muestra con la que se trabajó; de tal forma, que los resultados no pueden ni deben extrapolarse a otras poblaciones; no obstante, queda la satisfacción de haber logrado el beneficio para las participantes en el programa de tratamiento.
7. Los resultados obtenidos, en esta investigación, son datos alentadores y significativos, de manera que se considera importante que sirvan de impulso para la realización de investigaciones dirigidas a optimizar los tratamientos cognitivo-conductuales.
8. Por último, es importante reafirmar, sobre todo, tras la evidencia de los resultados, las ventajas que tiene el trabajo con grupos de terapia en los equipos de salud mental; así como resaltar la

viabilidad de llevarlos a cabo en las diversas unidades ejecutoras de salud, a nivel de todo el país.

## RECOMENDACIONES

Tomando en cuenta los resultados de la investigación, las limitaciones como también las conclusiones a las que se ha llegado en esta investigación, se recomienda que:

1. Al encontrar hallazgos positivos en la investigación realizada para las pacientes tratadas, es recomendable que se repita la experiencia con otros pacientes; tal vez haciendo algunas adaptaciones como implementar una investigación de diseño cuasi o experimental, que permita una investigación con mayor rigor científico y así poder extrapolar los resultados que se obtengan, a otras poblaciones.
2. Se utilice este tipo de tratamiento, terapia cognitivo conductual, debido a la alta incidencia de diagnósticos relacionados tanto con la ansiedad como con la depresión, y específicamente el trastorno mixto ansioso depresivo, a nivel de atención primaria y que a la par del tratamiento farmacológico, daría muy buenos resultados.
3. En unidades de salud, donde la mayor demanda de atención es de orden psiquiátrico, como el Hospital Regional de Azuero Anita Moreno, se debe implementar e incrementar programas de atención que contemplen la utilización de la terapia cognitivo conductual, tanto individual como grupal, sobre todo con pacientes

de consulta externa, con el ánimo de disminuir las estadísticas, que manifiestan la incidencia marcada de diagnósticos de trastorno de ansiedad y del estado de ánimo.

4. Se diseñe el programa de tratamiento, con gran rigor, tomando en cuenta las características diagnósticas con que se considere trabajar; para así tener un manejo exacto de las técnicas que se utilizarán, de manera que garanticen en un mayor porcentaje los mejores resultados al finalizar dicho programa de tratamiento.
5. Sigam desarrollándose investigaciones que lleven al perfeccionamiento de este tipo de terapia, cognitivo conductual, de manera que cada vez más se torne en una herramienta eficaz y eficiente, que permita obtener los resultados de mayor beneficio, tanto para los pacientes que participan en la investigación específica, como para el desenvolvimiento profesional de los que llevan a cabo dichas investigaciones, entiéndase los terapeutas.
6. Es apremiante que se tomen en cuenta los errores o desaciertos que pudieron cometerse en esta investigación, se evalúen en su justa dimensión para que en la próxima práctica se disminuyan o eliminen los mismos, en aras de hacer más limpio el proceso y por ende más efectivo y certero para quienes participan del mismo.



## BIBLIOGRAFÍA

## LIBROS

1. ARON, A., ARON, E. N. (1ª Edición); (2001). Estadística para Psicología. Editorial Prentice Hall. 704 páginas.
2. BAEZA, J. C.; BALAGUER, G.; BELCHI, I. (2010). Higiene y prevención de la ansiedad. Ediciones Díaz de Santos.  
<http://site.ebrary.com/lib/upanamasp>.
3. BAS RAMALLO, F. (2003). Las terapias cognitivo-conductuales: una segunda revisión crítica. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.  
<http://site.ebrary.com/lib/upanamasp>.
4. BECK, A. T.; RUSH, A., SHAW, B. F. (19ª ed.); (2011). Terapia cognitiva de la depresión. Editorial Desclée de Brouwer.  
<http://site.ebrary.com/lib/upanamasp/Doc?id=10485724&>.
5. BECK y WEISHAAR, (1989).
6. BELLOCH, A.; SANDÍN, B.; Ramos, F. (2009). Manual de psicopatología. Volumen II. España: Editorial McGraw-Hill. 666 páginas.  
<http://site.ebrary.com/lib/upanamasp/Doc?id=10491273&ppg>
7. BERNTEIN, D. A., y NIETZEL, M. T. (2002). Introducción a la Psicología Clínica. España: Editorial M<sup>C</sup> Graw – Hill. 662 páginas.
8. BOBES, J. (2001). Los trastornos depresivos como patología invalidante. Editorial La Nueva España.
9. BOSQUED LORENTE, M. (2005). Vencer la depresión: técnicas psicológicas que te ayudarán. Editorial Desclée de Brouwer.  
<http://site.ebrary.com/lib/upanamasp>.
10. CABALLO, V. E. (1ª Edición) (1997). Manual para el Tratamiento Cognitivo Conductual de los Trastornos Psicológicos. España: Editorial Siglo XXI. Editores S. A. 750 págs.
11. CASTANYER, O. (11ª Ed.) (1996). La asertividad: expresión de una sana autoestima. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, S.A.
12. ELKIN, David. (1999). Psiquiatría clínica. México: Editorial: McGraw-Hill Interamericana. 372 páginas.

13. ELLIS, A. y DRYDEN, W. (1989). *Práctica de la Terapia Racional Emotiva*. 1º España: Edición Editorial Desclée de Brouwer, S. A. 242 págs.
14. EVANS, D., CHARNEY, D., LEWIS, L. (2007). *Guía para el médico: depresión y trastornos bipolares*. España: Editorial McGraw – Hill.
15. FERNÁNDEZ M., Mª N.; CARPINTERO, H. (2005). *La Psicología Clínica en España*. Universidad Complutense de Madrid.  
<http://site.ebrary.com/lib/upanamas/Doc?id=10088221&ppg=>
16. GIMÉNEZ G., Gemma I.; TOBAL, Juan J. M. (2005). *La depresión desde una perspectiva tridimensional: elaboración de un instrumento de medida*. Universidad Complutense de Madrid.  
<http://site.ebrary.com/lib/upanamas/Doc?id=>
17. HEMÁN CONTRERAS, A., OBLITAS, L. A. (2004). *Terapia Cognitivo Conductual, teoría y práctica*. Editorial: Psicom Editores. 500 páginas.
18. HERNÁNDEZ SAMPIERI, R.; FERNÁNDEZ, C.; BAPTISTA, P. (1994). *Metodología de la Investigación*. México: Editorial M<sup>c</sup>Graw Hill Interamericana. 501 páginas.
19. KEEGAN, Eduardo. (2008). *Escritos de psicoterapia cognitiva*. Argentina: Editorial Eudeba. <http://site.ebrary.com/lib/upanamas/Doc?id=10406057&>. 200 páginas.
20. KAZDIN, A. E. (3ª ed.); (2001). *Métodos de Investigación en Psicología Clínica*. México: Edición. Editorial Prentice – Hall. 524 páginas.
21. KERLINGER, Fred N. (2006). *Investigación del Comportamiento: Técnicas y Metodología*. 4a Edición. México: Editorial Interamericana. 525 p.
22. LAZARUS, R. (2000). *Estrés y Emoción: manejo e implicaciones en nuestra salud*. España: Editorial Desclée de Brouwer. 334 páginas.
23. LEVIN, Jack. (1979). *Fundamentos de Estadística en la Investigación Social*. México: Editorial Harla. Páginas de la 143 a la 145.
24. MELLIPILLÁN A., Roberto; COVA S., Félix; RINCÓN G., Paulina. (2009). *Propiedades psicométricas del inventario de depresión de BECK II en adolescentes chilenos*. Chile: Editorial Paidós. Páginas, 130  
<http://site.ebrary.com/lib/upanamas/Doc?id=10306461&ppg=1>

25. MORENO, Pedro. (8a. Edición) (2008). Superar la ansiedad y el miedo: un programa paso a paso. España: Editorial Desclee de Brouwer.  
<http://site.ebrary.com/lib/upanamas.asp>.
26. PEURIFOY, Reneau Z. (2007). Cómo vencer la ansiedad: un programa revolucionario para eliminarla definitivamente. 7ª ed. España: Editorial Desclee de Brouwer. 280 páginas.  
<http://site.ebrary.com/lib/upanamas.asp/Doc?id=104860>.
27. SEGAL, Z. V.; WILLIAMS, J. M.; TEASDALE, J. (2008). Terapia cognitiva de la depresión basada en la consciencia plena un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas. España: Editorial Desclee de Brouwer.  
<http://site.ebrary.com/lib/upanamas.asp>.
28. SAMMONS, M. T., SCHMIDT, N. B. (2004). Tratamientos combinados de los trastornos mentales: una guía de intervenciones psicológicas y farmacológicas. España: Editorial Desclee de Brouwer. 435 páginas.
29. TAYLOR, S. E., (6ª ed.); (2003). Psicología de la Salud. México: Editorial McGraw Hill. 558 páginas.
30. SMITH, J. C. (2001). Entrenamiento ABC en relajación: Una guía práctica para los profesionales de la salud. España: Editorial Desclee de Brouwer.  
<http://site.ebrary.com/lib/upanamas.asp/Doc?id=10472720&ppg=47>

## TESIS

1. BARRIOS PINILLA, Mª I. (2005). Manejo del Estrés y de la Ansiedad en un grupo de pacientes Diabéticos, un abordaje Cognitivo Conductual. Tesis de Maestría en Psicología Clínica. Universidad de Panamá; Vicerrectoría de Investigación y Postgrado.
2. JAÉN C., R. A. (2000). Programa para reducir la Ansiedad y la Depresión en Adultos. Tesis de Maestría en Psicología Clínica. Universidad de Panamá. Vicerrectoría de Investigación y Postgrado.
3. GUERRERO, J. I. (2002). Intervención de la Conducta Agresiva en Niños: Enfoque Cognitivo Conductual. Tesis de Maestría en Psicología Clínica. Universidad de Panamá; Vicerrectoría de Investigación y Postgrado.



4. LUCAS, k. (2006). Eficacia de una Técnica en la Prevención de Depresión en Adolescentes. Tesis de Maestría en Psicología Clínica. Universidad de Panamá; Vicerrectoría de Investigación y Postgrado.
5. MADRID FLORES, I. (2000). Intervención Terapéutica en Niños con Depresión. Tesis de Maestría en Psicología Clínica. Universidad de Panamá. Vicerrectoría de Investigación y Postgrado.
6. MATTEUS ESCOBAR, J. (2004). Programa de Terapia de Grupo Cognitivo Conductual para maestros de la Escuela Básica General del IPHE que presentan Síndrome de Burnout. Tesis de Maestría en Psicología Clínica. Universidad de Panamá. Vicerrectoría de Investigación y Postgrado.
7. VARGAS D., M. C. (2007). Psicoterapia Breve y de Urgencia aplicada a Adolescentes que presentan síntomas depresivos. Tesis de Maestría en Psicología Clínica. Universidad de Panamá; Vicerrectoría de Investigación y Postgrado.

## REVISTAS

1. BASCUÑÁN, R. (2005). Desafíos psicosociales para la profesión. Revista médica de Chile – Scielo - Chile. Versión impresa.  
[www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034139:1305-1312](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034139:1305-1312).
2. CONDE PÉREZ, C.; RUÍZ M., M. Y NARVONA V., G. (1996). Una experiencia de tratamiento grupal con técnicas cognitivo-conductuales en un equipo de salud mental. Revista Psiquiatría Pública. Vol. 8. Núm. 5. Septiembre - Octubre 1996; pág. 45; 305.  
<http://www.guillermobarbana.es/psicontrol/publicaciones/publicac.htm#>
3. Clínica y Salud. Volumen 21 N° 1. Año 2010 (Revista)  
Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid (Editor).  
Revista de Psicología Clínica y Salud.  
<http://site.ebrary.com/lib/upanamaspp/Doc?id=10384542&ppq=60>  
España páginas 60,61.
4. MOIX U., J.; CASADO, M<sup>a</sup> I. y coautores del Manual del Dolor. (2011).  
Terapias Psicológicas para el Tratamiento del Dolor Crónico Revista de



Psicología Clínica y Salud. Volumen 22 N° 1. Año 2011. Editorial Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.  
<http://site.ebrary.com/lib/upanamas/Doc?id=10467192&ppg=41>, 42, 43, 44, 45, 46, 47. Información sustraída el 8 de mayo de 2012.

4. NARBONA V., G.; GÓMEZ DEL CID, M<sup>a</sup> I.; MARTÍNEZ V., B. (1993). Terapia grupal cognoscitiva en distimias. Revista Psiquiatría Pública, Vol. 11 Núm. 5 Diciembre 1993 pág. 60-63  
<http://www.quillermonarbona.es/psicontrol/publicaciones/publicac.htm#ResumenMar>.
5. OCHOA, C.; SUMALLA, E. C.; MATÉ, J.; CASTEJÓN, V.; RODRÍGUEZ, A. (2010). Psicoterapia positiva grupal en cáncer. Hacia una atención psicosocial integral del superviviente de cáncer. Revista Psicooncología. Páginas, vol. 7, N° 1. Págs. 7-34.  
<http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/rt/metadata/15947/0>.

## ARTÍCULOS

1. CATENA-DELL'OSSO, M; MARAZZITI, D; ROTELLA, F; BELLANTUONO, C, (marzo – 2012). Objetivos emergentes para el tratamiento farmacológico de la depresión: Centrándose en el sistema melatonérgico.  
<http://www.psiquiatria.com/articulos/psicofarmacos/otros/valdoxan/55>
2. CONDE PASTOR, M.; PRADO RIVERO, M. (2000) Doctoras en psicología Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). <http://www.google.com/search?hl=es-CONDE+PASTOR+Montserrat.B+PRADO+RIVERO>. Información sustraída en octubre de 2011.
3. LÓPEZ GARCÍA, Pilar Dra. Diciembre (2011). Artículo de la Revista de Psiquiatría y Salud Mental. *Documento PDF*, Madrid.  
<http://www.psiquiatria.com/documentos/ansiedad/8065/>  
 Información sustraída en abril de 2012.
4. MOLINA M., J de D.; C. ANDRADE, Rosa, LERMA C., M.; DEL POZO, M<sup>a</sup>; CRUZ Q., L. (2004). El tratamiento del trastorno mixto ansioso depresivo en atención primaria. Los inhibidores duales de la captación de serotonina y noradrenalina. Salud Mental, atención primaria. Año IV, N° 6, 2004. Artículo original.  
<http://www.juandediosmolina.com/saludmental.htm>.

Información sustraída en abril de 2012.

5. RAMOS BRIEVA, J. A., CORDERO VILLAFÁFILA, A. (2012). El sombrío pronóstico de las depresiones ligeras. Artículo original. <http://www.psiquiatria.com/articulos/depresion/pronostico.30/jul/2012> información sustraída el 12 de agosto de 2012.
6. RODRÍGUEZ, G.; JAÉN CORTÉZ, C. I. (2004). Medicina Conductual en México. Editado el Artículo por la Sociedad Mexicana de Medicina Conductual. [http://biblioteca.diputados.gob.mx/janium/bv/ce/scpd/LIX/mecond\\_mexpdf](http://biblioteca.diputados.gob.mx/janium/bv/ce/scpd/LIX/mecond_mexpdf). Información sustraída el 30 de abril de 2012.

### DICCIONARIOS

1. Dorch, F. 1981. Diccionario de Psicología. Editorial Herder. Barcelona, 143 pág. 1981
2. Diccionario de Pedagogía y Psicología. Madrid, 1999.
3. Ildefonso Gómez – Fera. Glosario de Psiquiatría – electrónico, (2012). [http://www.psiquiatria.com/articulos/tr\\_personalidad\\_y\\_habitos/impulsos\\_tr\\_astorno\\_control/11752/](http://www.psiquiatria.com/articulos/tr_personalidad_y_habitos/impulsos_tr_astorno_control/11752/). Información sustraída el 15 de noviembre de 2011.

### FOLLETOS

1. BETHANCOURT, F. Y MADRID, I. (2004). La Terapia Cognitiva Conductual y sus Aplicaciones a la Psicología Clínica. Universidad de Panamá, Facultad de Humanidades, División de Post Grado, Maestría en Psicología Clínica.
2. Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH). (2009). Depresión. Departamento de Salud y Servicios Humanos de Los Estados Unidos. Instituto Nacional de la Salud Mental Publicación de NIH Num. SP 09 3561 Modificado en enero del (2009). folleto electrónico, 30 páginas. <http://es.scribd.com/doc/45052437/depresion>
3. Organización Mundial de la Salud. (2005) Factsheet - Depression. [http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/definition/en/](http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/). Visitada por última vez el 26 de abril de 2012.

4. SERRANO, M. J. G., MARGALIDA ROCA, M. Guía práctica: depresión en la mujer. Editorial: Ediciones Mayo, España. 24 páginas.

### MANUALES

1. BERKOW R. (Director Editorial), (1ª Edición) (1997). Manual Merck, información médica para el hogar., España: Editorial Océano. 1517 págs.
2. CIE 10 Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. (1992). Editorial Meditor. 424 páginas
3. DSM IV TR. (2001). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Texto Revisado. Michael B. First, M. D., Allen Frances, M. D., Harold, Alan Pincus, M. D. Editorial Masson, S.A. Barcelona, España. 1049 págs.
4. GABALDA, Isabel Caro. (2a. Edición) (2009). Manual teórico-práctico de psicoterapias cognitivas. España: Editorial Desclee de Brouwer. <http://site.ebrary.com/lib/upanamaspp>.
5. MUÑOZ, R. F.; AGUILAR-GAXIOLA, S.; GUZMÁN, J. Manual de terapia de grupo para el tratamiento cognitivo-conductual de depresión. Rand Corporation.
6. RUÍZ S, J. J.; CANO, S., JUSTO J. (1992). Manual de Psicoterapia Cognitiva. España. <http://es.scribd.com/doc/17171783/Ruiz-Sanchez-y-Cano-Sanchez-MANUAL-DE-PSICOTERAPIA-COGNITIVA>. Material extraído en diciembre de 2011.

### INTERNET

1. ASTOCONDOR, L. (2001). Escala de Autoevaluación de Ansiedad. William Zung. Editorial Luffi; adaptación Lima, Perú. <http://es.scribd.com/doc/57162687/Ansiedad-de-Zung>. Información tomada en 6 de abril de 2012.
2. Burgos Varo, ML; Ortiz Fernández, MD; Muñoz Cobos, F; Vega Gutiérrez, P; Bordallo Aragón, R. (2006). Intervención grupal en los



trastornos de ansiedad en Atención Primaria: técnicas de relajación y cognitivo-conductuales. [Versión Semergen]; 32: 205-10. - vol.32 núm. 05. <http://www.elsevier.es/es/revistas/semergen-medicina-general--familia-40/intervencion-grupal-los-trastornos-ansiedad-atencion-primaria-13089378-original-2006>. Esta información fue extraída el 11 de agosto de 2012.

3. Compendio de escalas de evaluación de depresión y manía. (2000) [www.ucm.es/info/...pdf/2000-Compendio%20escalas%20depresion.pdf](http://www.ucm.es/info/...pdf/2000-Compendio%20escalas%20depresion.pdf)  
[http://www.ucm.es/info/psisalud/carmelo/PUBLICACIONES\\_pdf/2000-Compendio%20escalas%20depresion.pdf](http://www.ucm.es/info/psisalud/carmelo/PUBLICACIONES_pdf/2000-Compendio%20escalas%20depresion.pdf)
4. ESTRADA A., B. (Coord.); ANTONA C., C.; GÓMEZ C., P.; ORTÍZ J., X. (2009). Avances en investigación y tratamiento sobre fobia social, depresión y competencia social. <http://www.psiquiatria.com/libro.ats?12049>. Libro electrónico. México.
5. FERNÁNDEZ AGUIRRE, M.; CALVO FRANCÉS, F. (2012). Eficacia de la técnica de relajación breve sugestiva automatizada en la reducción de la ansiedad percibida y la reactividad cardiovascular en una muestra de universitarios. XIII Congreso, VirtualPsiquiatria.com. <http://www.psiquiatria.com/libros/>. La información fue extraída en septiembre de 2012.
6. Guías Diagnósticas de Salud Mental: Trastorno mixto ansioso depresivo. Hospital General de México. [hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area\\_medica/.../2trastornomixto.pdf](http://hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/.../2trastornomixto.pdf) –
7. La Relajación Progresiva. Historia de la Relajación Progresiva. <http://www.psicologia-online.com/autoayuda/relaxs/progresiva.htm>  
Psicología Online para la formación, autoayuda y consejo online. Información tomada el 11 de agosto de 2012.
8. LEÓN LÓPEZ, E., MORENO GÓMEZ, M., RIVERA MURILLO, D. (2012). Intervención grupal con técnicas de relajación en pacientes con trastornos de ansiedad. XIII Congreso Virtual de Psiquiatria.com. <http://www.psiquiatria.com/libros/>. La información fue extraída en septiembre de 2012.
9. MARSELLACH UMBERT, G. (2009). Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés. <http://www.psiquiatria.com/documentos/ansiedad/estres/tratamiento450/6261/>. Esta información fue extraída el 28 de abril de 2012.

10. Organización Mundial de la Salud. (2005). Factsheet – Depression. Disponible en:  
[http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/definition/en](http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en)  
Visitada por última vez el 26 de abril de 2012.
11. ROLDAN CARMONA, M. (2012). Taller de iniciación a la relajación. XIII Congreso Virtual de Psiquiatría.com, página 4.  
<http://www.psiquiatria.com/libros/>.
12. RESTREPO SÁNCHEZ, L. (2000). Asertividad. Universidad Antonio Nariño, Facultad de Psicología.  
Medellín.<http://www.xtec.cat/~cciscart/annexos/defassertivitat.htm>  
<http://download.tripod.es:81/doliresa/index-9.html>
13. TOMAS, Ulises (2010). Test Psicométricos  
<http://www.elpsicoasesor.com/2011/02/test-de-depresion-beck.html>
14. VALLDAURA, I. (2005). Técnicas de relajación. Publicado en la Revista Farmacia Profesional. 19: 42-3. - vol.19 núm 11.  
<http://www.elsevier.es/en/node/2043035>. Esta información fue extraída el 11 de agosto de 2012.
15. VARGAS FERNÁNDEZ, C. C. (2002). Estudio comparativo sobre aprendizaje y eficacia de dos técnicas de relajación. Publicado en Fisioterapia.; Vol.24, núm. 2.  
<http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/146/146v24n2a13033658pdf001.pdf>. Esta información fue extraída el 11 de agosto de 2012.

### DOCUMENTOS DE ARCHIVOS

1. Archivos del sistema estadístico. (2010, 2011,2012). Hospital Regional de Azuero Anita Moreno. Los Santos, Panamá.
2. Archivos del sistema estadístico. (2011, 2012). Policlínica Roberto Ramírez De Diego. Herrera, Panamá.



## ANEXOS

**ANEXO N° 1: CALENDARIO DE PROGRAMACIÓN DE SESIONES DE  
TERAPIA GRUPAL EN LA POLICLÍNICA ROBERTO RAMÍREZ  
DE DIEGO.**

**ANEXO N° 2: DESARROLLO DE LAS SESIONES DE TRATAMIENTO CON  
TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL.**

**ANEXO N°3: MATERIAL ENTREGADO A LAS PACIENTES PARTICIPANTES  
EN LA INVESTIGACIÓN.**

**ANEXO N° 4: ENTREVISTAS CLÍNICAS REALIZADAS A LAS PACIENTES.**

**ANEXO N°5: ESCALAS DE VALORACIÓN: ANSIEDAD DE ZUNG Y  
DEPRESIÓN DE BECK.**

## **ANEXO N° 1**

**CALENDARIO DE PROGRAMACIÓN DE SESIONES DE TERAPIA GRUPAL  
EN LA POLICLÍNICA ROBERTO RAMÍREZ DE DIEGO.**

**CALENDARIO DE PROGRAMACIÓN DE SESIONES DE TERAPIA GRUPAL**  
**EN LA POLICLÍNICA ROBERTO RAMÍREZ DE DIEGO.**

**A realizar por la Lic. Brisilda Tejada**

**Asesorada por la Magister María Inés Barrios**

Jornada de entrevista clínica..... **Martes** 17 de mayo de 2011  
Jornada de entrevista clínica..... **Viernes** 20 de mayo de 2011  
Sesión inicial..... **Viernes** 27 de mayo de 2011  
Primera sesión de terapia..... **Miércoles** 1 de junio de 2011  
Segunda sesión de terapia.....**Lunes** 6 de junio de 2011  
Tercera sesión de terapia..... **Lunes** 13 de junio de 2011  
Cuarta sesión de terapia..... **Jueves** 23 de junio de 2011

(Consultorio de la Lic. María Inés)

Quinta sesión de terapia..... **Jueves** 30 de junio de 2011  
Sexta sesión de terapia.....**Jueves** 7 de julio de 2011  
Séptima sesión de terapia.....**Jueves** 14 de julio de 2011  
Octava sesión de terapia..... **Viernes** 22 de julio de 2011  
Novena sesión de terapia..... **Viernes** 29 de julio de 2011  
Décima sesión de terapia..... **Viernes** 5 de agosto de 2011  
Décimo 1<sup>era</sup> sesión de terapia..... **Jueves** 11 de agosto de 2011  
Décimo 2<sup>da</sup> sesión de terapia..... **Viernes** 19 de agosto de 2011  
Décimo 3<sup>era</sup> sesión de terapia..... **Jueves** 25 de agosto de 2011  
Décimo 4<sup>ta</sup> sesión de terapia..... **Viernes** 2 de septiembre de 2011.

- Todas las sesiones de terapia grupal iniciarán a las 7:30 a. m.
- Tendrán una duración de 2 horas.
- Todas las sesiones de terapia se realizarán en la sala de conferencia ubicada en el edificio contiguo a la policlínica (antes discoteca Stragos), área administrativa de la misma; a excepción de la sesión del jueves 23 de junio que se realizará en el consultorio de la Lic. María Inés Barrios.

**ANEXO N° 2**  
**DESARROLLO DE LAS SESIONES DE TRATAMIENTO**



## SESIÓN INICIAL

### SESIÓN INICIAL: Presentación

- Presentación del terapeuta
- Presentación del grupo de pacientes
- Presentación de los objetivos de la sesión
- Objetivos del programa de terapia grupal que se llevará a cabo.
- Aclaración por el terapeuta sobre las normas de funcionamiento del programa.
- Comentarios del terapeuta a cerca de la terapia (cognitivo conductual), que van a recibir.
- Establecer el plan de trabajo de la próxima sesión.
- Aplicación de la pre – prueba a todos los pacientes de la muestra.

**Presentación del terapeuta:** Se hizo una breve presentación personal y profesional, breve por cuanto ya me había presentado individualmente ante cada una de las pacientes.

**Presentación del grupo de pacientes:** Se pidió a las participantes de la terapia que se presentaran, diciendo sus nombres y si deseaban algunos otros datos como el lugar de procedencia, el lugar de trabajo, la edad, etc.

**Presentación de los objetivos de la sesión:** Se explicó el propósito y objetivos de la sesión inicial que no se contemplaba como parte de las sesiones de tratamiento, que iniciarían en la sesión próxima. Se explicó que la sesión de hoy era fundamental para la conformación del grupo definitivo que participaría en el programa puesto que hoy se aplicarán las escalas de valoración en su fase antes y que sin ello no se puede iniciar la terapia. A continuación los objetivos de la sesión:

1. "Incrementar el conocimiento de cada uno de los pacientes que participarán del programa de la terapia grupal", como también sobre los fundamentos de la terapia que se llevará a cabo.

2. "Aplicar las escalas de valoración en su fase **antes**, a las pacientes que participarán en el programa de la terapia grupal"

**Objetivos del programa de terapia grupal que se llevará a cabo:** En esta sesión se explicó igualmente los objetivos que perseguía la puesta en marcha de esta terapia grupal. A continuación dichos objetivos:

1. "Disminuir los síntomas y molestias que aquejan a los pacientes que participan de la terapia grupal".
2. "Enseñar la utilización de diversas técnicas de corte cognitivo conductual que ayudarán a los pacientes que participan de la terapia grupal, al manejo de sus síntomas".

**Aclaración por el terapeuta sobre las normas de funcionamiento del programa:** En este momento se procedió a explicar las normas que regularán las sesiones de tratamiento. Se comenzó diciendo que consistía en catorce sesiones de tratamiento, sin incluir la sesión en la que estábamos, cada sesión tendría una duración de dos horas aproximadamente y se realizarían una vez por semana. Las sesiones son secuenciales por ende no se debe faltar a ninguna de ellas; en cada una se dejarán tareas para casa, las cuales deben ser resueltas pues se revisarán en la sesión siguiente. Se conversó sobre la importancia de la confidencialidad sobre todo de lo que se trabaje en las sesiones, sobre la información que allí se ventile y se pidió niveles de discreción al respecto. En fin se debe asumir un compromiso serio con respecto al programa que redundará en beneficio de todas las participantes. Se entregó a cada paciente una hoja con las fechas de todas las sesiones que se llevarían a cabo para este trabajo.

**Comentarios del terapeuta a cerca de la terapia (cognitivo conductual), que van a recibir:** Luego se hizo un esbozo sobre el modelo terapéutico que se llevaría a cabo. Se inicia diciendo que la terapia cognitivo conductual surge a partir de corrientes psicológicas que existían desde los inicios de la ciencia y que buscando alternativas que satisficieran las necesidades y exigencias que la misma evolución de la disciplina demandaba, sobretodo tomando en cuenta la rama de la psicología clínica, surge dicha terapia de dos grandes exponentes: Albert Ellis y Aaron Beck. Estos dos estudiosos, proponen lineamientos

generales muy parecidos que dicen que en las personas con problemas psicológicos, sus conductas emocionales surgen de la manera en que interpretan la realidad más que de la realidad misma. A la vez, guardan ciertas diferencias en cuanto a definiciones conceptuales y ciertos elementos específicos. Se hizo la salvedad de que se trabajaría con la terapia cognitivo conductual propuesta por Aaron Beck. Este modelo es uno de los modelos cognitivos más utilizados y divulgados en la actualidad. La importancia del mismo no sólo estriba en su contribución al desarrollo de la terapia cognitiva de una manera muy clara, sino al considerar, gracias a los estudios de eficacia que sobre él se han hecho, la hipótesis psicológica en campos tradicionalmente enfocados mediante otros modelos psicológicos, pero sobre todo, farmacológicos (Caro, 1995). Se continuó explicando sobre los conceptos esenciales del modelo a través del cual se desarrollaría el programa de tratamiento.

**Establecer el plan de trabajo de la próxima sesión:** Realmente se propuso en términos generales lo que se trabajaría en la próxima sesión como sesión uno de tratamiento.

**Aplicación de la pre – prueba a todos los pacientes de la muestra:** Finalmente se entrega la escala Zung de ansiedad para ser desarrollada por cada uno de las pacientes y terminando ésta, se les entrega la escala de depresión de Beck, para que igualmente la llenasen. Se dan las instrucciones para su desarrollo y se espera hasta que cada uno termine. Quien lo hizo se podía marchar.



## DESARROLLO DE LAS SESIONES DE TRATAMIENTO

### PRIMERA SESIÓN DE TRATAMIENTO

#### SESIÓN UNO: Módulo Educativo

- Bienvenida y breve explicación sobre la conformación del grupo y reiteración de los compromisos.
- Explicación del terapeuta acerca de la ansiedad y la depresión como síntomas con los que se trabajará en la terapia.
- Reestructuración cognoscitiva (iniciar el trabajo con los activadores y pensamientos automáticos como modelo básico de la terapia; definición de conceptos).
- Comentarios de los pacientes acerca de su visión acerca de la terapia que recién inician.
- Tareas para casa.
- Finalización de la sesión (resumen de la sesión).

**Bienvenida y breve explicación sobre la conformación del grupo y reiteración de los compromisos:** Iniciamos la sesión ofreciendo la bienvenida una vez más a todos los participantes del grupo, recordando los compromisos sobre todo de puntualidad que aceptamos en la sesión inicial. Se reiteró igualmente el objetivo de la terapia cognitivo conductual, haciendo hincapié en la importancia del pensamiento en la manifestación de los síntomas con los que vamos a trabajar los síntomas.

**Explicación por parte del terapeuta sobre la ansiedad y la depresión como síntomas con los que se trabajará en la terapia:** Se hace una clara explicación de que el grupo conformado es heterogéneo en muchas de sus características, sin embargo la relación de homogeneidad se establece en el trastorno o sintomatología que se trabajará: Ansiedad y depresión.

Se distribuyó para todos los miembros del grupo, material escrito (corto), con la definición y principales síntomas de la ansiedad y la depresión.

Se toma inicialmente el tema de la ansiedad explicando que es un estado que manifiesta la persona cuando experimenta temor y angustia ante algo no concreto ni específico pero que causa todo un malestar que repercute

negativamente en el individuo. Este estado de malestar puede afectar la vida del individuo en el seno familiar, en el trabajo y en su vida social.

Se conversó igualmente sobre los síntomas más comunes de la ansiedad cuales pueden ser: Preocupaciones y tensiones excesivas, poco realismo en cómo ver los problemas, sentimientos de irritabilidad, tensión muscular, sudoración excesiva, dificultad para la concentración, náuseas, necesidad de ir al baño con frecuencia, sensación de cansancio, dificultad con el sueño, temblores, asustarse con facilidad.

Se enfatizó en que la ansiedad puede ser considerada como normal y hasta necesaria para mantener la chispa habitual necesaria para enfrentar los retos de la vida diaria, mientras sea manejada por el individuo.

Luego pasamos a explicar sobre la depresión, entendiendo esta como un trastorno de tipo emocional, que se manifiesta con abatimiento, sin ganas de hacer nada, desmotivación total y desinterés por cualquier cosa que anteriormente se deseaba. Se puede tratar de algo pasajero o transformarse en una condición patológica. Se habló sobre el hecho de que todos los seres humanos experimentan por una u otra circunstancia vinculada a su vida, momentos de tristeza y de depresión, considerados dentro de los parámetros de la normalidad, sin embargo, cuando ya estos períodos de tristeza y depresión se extienden y salen del control es necesario buscar ayuda profesional.

Se conversó sobre algunos de los síntomas más importantes de la depresión, como son: Tristeza, trastorno del humor, decaimiento, irritabilidad, fatiga, insomnio, pérdida de apetito, desinterés por el sexo, agobios, otros.

Se enfatizó en que cuando la depresión se sale del control del propio individuo es necesario buscar una pronta solución, antes de que toda esa sintomatología afecte el desenvolvimiento integral del individuo.

**Reestructuración cognoscitiva (iniciar el trabajo con los activadores y pensamientos automáticos como modelo básico de la terapia; definición de conceptos):** Se inicia la explicación sobre la base conceptual del modelo cognitivo conductual de Aaron Beck. Se inicia diciendo que nuestras conductas y emociones generalmente están supeditadas a la acción del pensamiento de tal forma que las situaciones que se nos presentan son interpretadas por nuestro pensamiento y esta interpretación es la que mueve nuestras reacciones emocionales, conductuales y fisiológicas. Se comentó cómo ante un evento



nuestro pensamiento interpreta el hecho enviando inmediatamente una respuesta de tipo emocional, fisiológica y conductual, de manera que inmediatamente asumimos que la situación x fue la que desencadenó nuestras reacciones; sin tomar en cuenta que realmente es nuestro pensamiento el que influye sobre nuestras respuestas.

Se continúa enfatizando sobre la relación de lo que pensamos con nuestras reacciones emocionales, fisiológicas y conductuales a la vez que se dejaba el compás abierto para comentarios y preguntas. Igualmente se pidió a los miembros del grupo que si alguno quería exponer algún ejemplo vivido que lo hiciera; algunas expusieron.

Luego se les entregó un cuadro que contiene una lista de posibles señales en la expresión de ansiedad o nerviosismo, de Cotler y Guerra, 1976; con el propósito de que las leyeran e identificaran cuales síntomas han experimentado en alguna ocasión. A continuación el cuadro presentado:

CUADRO. Posibles señales en la expresión de ansiedad o nerviosismo  
(adaptado de Cotler y Guerra, 1976; En Barrios Pinilla, M.I., 2005.  
Tesis; página 123).

---

1. Temblor en las rodillas
2. Brazos rígidos
3. Automanipulaciones (rascarse, frotarse, etc.)
4. Limitación del movimiento de las manos (en los bolsillos, en la espalda, entrelazadas)
5. Temblor en las manos
6. Sin contacto ocular
7. Músculos de la cara tensos (muecas, tics, etc.)
8. Cara inexpresiva
9. Cara pálida
10. Sonrojo o rubor
11. Humedecerse los labios
12. Tragar saliva
13. Respirar con dificultad
14. Respirar más despacio o más deprisa
15. Sudar (cara, manos, axilas)
16. Gallos en la voz
17. Tartamudeos o frases entrecortadas
18. Correr o aligerar el paso

19. Balancearse
20. Arrastrar los pies
21. Despejar la garganta
22. Boca seca
23. Dolor o acidez de estómago
24. Aumento de la tasa cardíaca
25. Balanceo de las piernas/pies cuando se está sentado y con una pierna montada sobre la otra
26. Morderse las uñas
27. Morderse los labios
28. Sentir náuseas
29. Sentirse mareado
30. Sentir como que se ahogara
31. Quedarse inmobilizado
32. No saber qué decir

---

Posteriormente se procedió a la explicación de algunos conceptos básicos dentro de la propuesta de A. Beck como son los pensamientos automáticos que se dan muchas veces de forma inconsciente y que se dirigen a las situaciones específicas que enfrentan a diario las personas. Las distorsiones cognoscitivas que son pensamientos errados, errores que se generan con el tiempo y que pueden llevar a los pensamientos automáticos. Estas distorsiones generalmente llevan a erróneas interpretaciones de la realidad. Por último también se les habló sobre lo que son las creencias centrales o esquemas centrales, que se refieren a estructuras de connotación global que se han formado desde muy temprana edad y que llevan igualmente a desvirtuar la realidad. De acuerdo a A. Beck, las creencias centrales se dirigen a uno mismo, hacia los demás y hacia el mundo. Inmediatamente se les leyó una lista de ejemplos al respecto:

- Hacia uno mismo: "Si me equivoco en algo es porque soy una inepta"
- Hacia los demás: "Si me hieres, eres una mala persona"
- Hacia el mundo: "Las sociedades son peligrosas, por tal deberían desaparecer".

Una vez discutidos los conceptos, se les entregó, primeramente, una hoja con las distorsiones cognoscitivas más comunes en personas con síntomas de ansiedad y depresión (tomado de A. Beck, 1985; En Bethancourt y Madrid,

2004.), se les pidió que las leyeran y trataran de ubicarse en las distorsiones que pudieron ubicarse en ellas mismas. A continuación el material:

*Distorsiones Cognoscitivas más comunes en la ansiedad (Beck, 1985; En Ruíz C., 1992)*

1. **Inferencia arbitraria - Visión catastrófica:** Consiste en la anticipación o valoración catastrófica, no basada en evidencias suficientes, acerca de ciertos peligros anticipados que se perciben como muy amenazantes por el sujeto.
2. **Maximización:** El sujeto incrementa las probabilidades del riesgo de daño.
3. **Minimización:** El sujeto percibe como muy disminuida su habilidad para enfrentarse con las amenazas físicas y sociales.

*Distorsiones Cognoscitivas más comunes en la depresión (Beck, op.cit;)*

1. **Inferencia arbitraria:** (leer arriba)
2. **Abstracción selectiva:** Consiste en centrarse en un detalle de la situación, ignorando otros aspectos de la situación (visión de túnel), llegando a una conclusión general a partir de ese detalle.
3. **Sobregeneralización:** Consiste en sacar una conclusión general y aplicarla a hechos particulares que son diferentes o no relacionarlos entre sí.
4. **Maximización y minimización:** (leer arriba).
5. **Personalización:** Se refiere a la tendencia del paciente a relacionar acontecimientos externos (normalmente evaluados como negativos), como relacionados o referentes al mismo sin que exista evidencia suficiente para ello.
6. **Pensamiento dicotómico o polarización:** Se refiere a la tendencia a clasificar la experiencia en términos extremos y opuestos sin tener en cuenta la evidencia de categorías intermedias. El paciente suele clasificarse en los extremos negativos (por ejemplo: "incapaz frente a capaz").

Igualmente se les distribuyó una copia tomada de (Beck 2000; En Barrios Pinilla, M.I., 2005), sobre las distorsiones cognoscitivas más comunes, para que las leyeran y se ubicaran en la que hayan experimentado. Una vez se discutió con



respecto a las distorsiones cognoscitivas, y su relación con las creencias centrales y los pensamientos automáticos, se procedió a solicitarles realizar un trabajo en grupo sobre las distorsiones con respecto a los pensamientos automáticos y a las diversas reacciones de la persona (emocional, conductual y fisiológicas).

**Situación → pensamiento → reacción (emocional, conductual y fisiológica).**

Se les dio un tiempo prudente para que resolvieran, en grupo, la propuesta y luego se hizo la plenaria.

Una vez se discutió sobre los trabajos realizados con las experiencias propias, se pasó al próximo punto.

**Comentarios de los pacientes acerca de su visión sobre la terapia que recién inician:** Al llegar a este punto y luego de que se adentró a la estructura y conceptos básicos de la terapia, se abordó a los pacientes sobre lo que experimentaban con respecto a su participación en la terapia. Algunos hicieron comentarios sobre que habían aceptado participar esperando recibir ayuda en cuanto a sus malestares, otros (que habían expuestos con anticipación sobre situaciones muy personales vividas, expresaron que si se atrevían a exponer estas situaciones era esperando lograr alivio y superación de dichos malestares, pero que igualmente esperaban confidencialidad de parte del grupo. Otros expresaron que era una gran oportunidad poder participar puesto que resulta muy costoso participar en una terapia de grupo, a nivel privado.

**Tarea para casa:** Se explicó sobre la tarea para casa y se les pidió que durante la semana trabajaran sobre ella. Se les copió un cuadro en el tablero para que desarrollaran la tarea que consistía en hacer una lista de cinco situaciones que ellos hayan vivido y que pudieron haber reconocido pensamientos automáticos relacionados con las distorsiones cognoscitivas que se discutieron en la sesión, con sus respectivas reacciones emocionales, conductuales y fisiológicas. A continuación el cuadro modelo:

Situación	Pensamiento automático	Emoción	Conducta	Respuesta fisiológica

**Finalización de la sesión (resumen de la sesión):** Se hizo un breve resumen de lo que se había dado en la sesión y se dio por finalizada la misma.



## SEGUNDA SESIÓN DE TRATAMIENTO

### SESIÓN DOS: Reestructuración cognoscitiva

- Revisión de las tareas para casa
- Breve recordatorio de lo conversado en la sesión pasada.
- Reestructuración cognoscitiva: Trabajar sobre la conexión entre pensamiento y emoción, utilizar la escala de valoración subjetiva de SUDS, aplicar ejercicios de imaginación.
- Tareas para casa
- Finalización de la sesión (resumen de lo trabajado en la sesión).

**Revisión de las tareas para casa:** Se procedió a revisar la tarea para casa, pidiendo a cada uno de las pacientes que leyeran un ejemplo. Se dio una buena dinámica donde todas participaron. Una de ellas hizo una crisis en la sesión pues el día anterior experimentó una situación difícil cuando encontró a su esposo con su amante. Por supuesto este evento alteró el normal desarrollo de la sesión de terapia, no obstante, era de urgencia notoria darle la atención que ameritaba. Entregaron las tareas, aunque algunas no las desarrollaron y quedaron de entregarlas la próxima sesión.

**Breve recordatorio de lo conversado en la sesión pasada:** En este momento se hizo una breve reseña de lo hablado en la sesión anterior sobre todo acerca de la relación entre pensamiento y reacción (emoción, conducta y respuesta fisiológica). También se esbozó rápidamente sobre los conceptos tocados con anterioridad (pensamientos automáticos, distorsiones cognoscitivas y creencias centrales).

**Reestructuración cognoscitiva:** *Trabajar sobre la conexión entre pensamiento y emoción, utilizar la escala de valoración subjetiva de SUDS, aplicar ejercicios de imaginación:* Se enfatizó nuevamente en cuanto a los pensamientos automáticos, insistiendo en la relación de éstos con referencia a las emociones, conductas y respuesta fisiológica. Se retomaron algunos ejemplos de la tarea para casa, que no se vieron en ese acápite y se desarrollaron con la participación de todas las pacientes. Luego se explicó el concepto de creencias intermedias que no habían sido explicados en la sesión anterior, aduciendo que se trataba de creencias que se situaban entre las creencias centrales y los pensamientos automáticos. Son estructuras que se manifiestan a través de tres elementos: Actitudes, reglas y presunciones. Estos tres elementos se conforman

o provienen de las ideas o creencias centrales que en sesiones posteriores profundizaremos. Se utilizó un ejemplo para ilustrar el concepto de creencias intermedias.

Posterior a dicha explicación se procedió a entregarles copias sobre la SUDS (Unidades Subjetivas de Ansiedad, por sus siglas en inglés), a leer el documento y a explicarla. Se les expresó que es una forma de medir su propia ansiedad pero de forma personal y subjetiva. Se leyó y explicó simultáneamente.

"La Escala SUDS (Unidades Subjetivas de Ansiedad), se emplea para comunicar el nivel de ansiedad experimentado de forma subjetiva. Al emplear la escala, evaluarás tu nivel de ansiedad desde 0, completamente relajado, hasta 100, muy nervioso y tenso.

Imagínate que estás completamente relajado y tranquilo. Para algunas personas, esto ocurre mientras descansan o leen un buen libro. Para otras, ocurre mientras están en la playa o se encuentran flotando en el agua. Da una puntuación "0" a la manera cómo te sientes cuando estás lo más relajado posible.

Luego, imagínate una situación en la que tu ansiedad es extrema. Imagina el sentirte extremadamente tenso y nervioso. Quizás en esta situación tus manos se encuentran frías y temblorosas. Puedes sentirte mareado o tembloroso, o puedes sentirte cohibido. Para algunas personas, las ocasiones en las que se sienten más nerviosas son aquellas en las que una persona cercana a ellas ha tenido un accidente; cuando se ejerce una presión excesiva sobre ellos (exámenes, trabajos, etc.); o cuando hablan delante de un grupo. Da una puntuación "100" a la manera cómo te sientes en esa situación.

Ya has identificado los dos puntos extremos de la escala SUDS. Imagina la escala entera (como una regla), que va desde "0" SUD, completamente relajado, hasta "100" SUD, muy nervioso.

0 5 10 15 20 25 30 35 40 45 50 ... 70 75 85 90 95  
100

*Completamente  
Totalmente*

*Relajado  
nervioso*



Tienes ahora el rango entero de la escala para evaluar tu nivel de ansiedad. Para practicar cómo usar esta escala, escribe tu puntuación SUD en este momento.

La puntuación SUD la puedes utilizar para evaluar las situaciones sociales con las que te encuentres en la vida real. El método de relajación que has aprendido te servirá para disminuir tu puntuación en la escala SUDS. La experiencia de altos niveles de ansiedad es desagradable para la mayoría de la gente. Además, la ansiedad puede inhibirte para decir lo que quieres y puede interferir con la forma en que expresas el mensaje.

La cantidad que sea capaz de reducir tu puntuación SUD en cualquier situación dependerá de una serie de factores, incluyendo el nivel de ansiedad que experimentas generalmente, qué puntuación SUD tenías inicialmente, qué tipo de conducta se requiere, y la persona a quien diriges el comentario. No pensamos que tu objetivo sea alcanzar un 0 ó un 5 en todas las situaciones. Tu objetivo será reducir tu nivel de SUD hasta un punto en que te sientas lo suficientemente cómodo/a para expresarte.

Para practicar el empleo de la puntuación SUD, se pueden describir una serie de situaciones. Para cada situación, escucha la descripción de cada escena y luego imagínate qué te está sucediendo esa situación. Después de que te imaginas la situación, escribe la cantidad de ansiedad (puntuación SUD) que sientes. Cuando te imagines en esa situación, intenta describir cómo te sentirías si estuviera ocurriendo realmente. Finalmente, si estuvieras nervioso/a o tenso/a mientras te imaginas la escena, intenta fijarte en esas partes de tu cuerpo en las que sientes más ansiedad. ¿Sentías el estómago tenso?, ¿sentías un nudo en la garganta?, ¿tenías las manos frías o sudorosas?, ¿te dolía la cabeza?, ¿tenías movimientos nerviosos en los párpados? Si localizas el área o las áreas en las que te sientes más tenso/a, puedes emplear mejor los ejercicios de relajación". (Cotler y Guerra, 1976; En Barrios P., M. I., p 123 – 124).

Hubo intercambio de preguntas y comentarios al respecto.

**Tareas para casa:** Se enfatizó en la importancia de que cumplieran con las tareas para casa como forma de reforzar sus conocimientos y forma de practicar para que adquirieran las habilidades necesarias para lograr resolver sus dificultades con respecto a sus síntomas. Durante la semana deben trabajar sobre la escala SUDS, registrando sus niveles de ansiedad en las diversas

situaciones en que sentían los síntomas. Se les entregó una hoja de registro de las unidades de ansiedad, explicándoles lo que debían hacer para llenarlas.

CUADRO. Hoja de autoregistro de unidades subjetivas de ansiedad (SUD)

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Día y hora	SUD	Describa la situación (Síntomas o señales)	Describa la respuesta de ansiedad/relajación
	0-9		
	10-19		
	20-29		
	30-39		
	40-49		
	50-59		
	60-69		
	70-79		
	80-89		
	90-100		

**Finalización de la sesión (resumen de lo trabajado en la sesión):** Finalizó la sesión reiterando la importancia de cumplir con las tareas para casa.

**Observación:** Esta sesión inició más tarde puesto que el local reservado para realizar las sesiones estaba ocupado y tuvimos que desplazarnos hacia el consultorio de la Lic. María Inés Barrios, cual no es tan grande. Pese a ello se desarrolló el programa como se tenía planeado.

## TERCERA SESIÓN DE TRATAMIENTO

### SESIÓN TRES: Reestructuración cognoscitiva

- Revisar las tareas para casa.
- Reestructuración cognoscitiva: Enfatizar en la relación y diferencia entre pensamiento, emoción, conducta y respuesta fisiológica.
- Reestructuración cognoscitiva: Aplicación del debate a los pensamientos automáticos.
- Tarea para casa.
- Finalización de la sesión (resumen de lo trabajada en la sesión)

**Revisar las tareas para casa:** Luego de un pequeño resumen de lo visto la sesión anterior, se procedió a revisar las tareas sobre la aplicación de la escala SUDS. Prácticamente todas las participantes expusieron ejemplos de sus tareas.

**Reestructuración cognoscitiva:** Enfatizar en la relación y diferencia entre pensamiento, emoción, conducta y respuesta fisiológica: De la revisión de la tarea para la casa, se notó que existe cierta confusión por parte de las pacientes entre el pensamiento, las emociones, la conducta y las respuestas fisiológicas. Se procedió, con ejemplos expuestos, a explicar que el pensamiento son las ideas, los razonamientos a nivel cognitivo que se tenga de una situación; que la emoción es la parte afectiva, sentimental que se experimente; la conducta es lo que se hace ante dichas situaciones y finalmente las respuestas fisiológicas son las reacciones del organismo. Estas explicaciones se apoyaron con ejemplos de las mismas pacientes.

**Reestructuración cognoscitiva: Aplicación del debate a los pensamientos automáticos:** Posterior al punto anterior, se procedió a iniciar con la explicación sobre el debate de los pensamientos automáticos, expresando que luego que se descubren dichos pensamientos y se determina las reacciones ante los mismos, se toma la decisión de si evaluarlos para su debate con el propósito de determinar si son falsos, ciertos o parcialmente falsos y de allí, modificarlos con el propósito de encontrar pensamientos alternativos que permitan conductas más adaptativas. Luego se entregó una hoja a cada paciente en donde aparece el interrogatorio acerca de los pensamientos automáticos (*Judith S. Beck, Ph. D; 1993; En Barrios Pinilla, M. I. 2005, Tesis, página 126*).



## INTERROGATORIO ACERCA DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS

(Beck, J., 2000; En Barrios P., M. Inés, 2005, página 126).

1. ¿Cuál es la evidencia?  
¿Cuál es la evidencia a favor del pensamiento?  
¿Cuál es la evidencia en contra?
2. ¿Hay alguna explicación alternativa?
3. ¿Cuál es la peor cosa que podría ocurrir? ¿Podría sobrellevarlo?  
¿Qué es lo mejor que podría ocurrir?  
¿Cuál es la posibilidad más realista?
4. ¿Cuál es el efecto de creer en ese pensamiento automático?  
¿Cuál sería la consecuencia en caso de cambiarlo?
5. ¿Qué debo hacer al respecto?
6. ¿Qué le diría a \_\_\_\_\_ (un amigo) si estuviera en esta misma situación?

Se tomó a una primera paciente y se le pidió que expusiera una situación específica que le causó ansiedad. Al exponerlo, entre todas ayudamos a encontrar el o los pensamientos automáticos que surgieron y las reacciones que se derivaron del o de los mismos. Luego de haber completado esta fase, se procedió a buscar pensamientos alternativos al o a los pensamientos automáticos. Se ayudó a la paciente a encontrar pensamientos alternativos que ayudaran a disminuir los síntomas y reacciones procedentes a los pensamiento (s) automático (s), para lograr una conducta más adaptativa. Luego se tomó una situación específica de otra paciente, hasta que se vieron alrededor de cuatro situaciones de diferentes pacientes.

**Tarea para casa:** Al finalizar el ejercicio anterior, se les instruyó sobre las tareas para casa. Se dejaron dos tareas:

- **Tarea # 1:** Deben hacer una lista de 5 situaciones con sus pensamientos automáticos, sus reacciones (emocionales, conductuales y fisiológicas), y

finalmente mencionar la distorsión cognoscitiva donde queda ubicado dichos pensamientos automáticos. Como guía el siguiente cuadro:

Situación	Pensamiento Automático	Reacciones			Distorsión Cognoscitiva
		Emocional	Conductual	Fisiológica	

- **Tarea # 2:** Deben hacer 5 situaciones con sus pensamientos automáticos iniciales, reacciones y aplicar el interrogatorio de dichos pensamientos y luego escribir el pensamiento modificado y la respectiva conducta final. Para guía el siguiente cuadro (*tomado del Manual de Psicoterapia Cognitiva, Juan José Ruíz Sánchez y Justo José Cano Sánchez, 1992*).

#### Registro de Triple Columna

Situación	→
Emoción	→
Pensamiento inicial	→
Modificación del pensamiento	→
Conducta final	→

(J.J. Ruíz S. y J.J. Cano S., 1992)

**Finalización de la sesión (resumen de lo trabajado en la sesión):** Para terminar la sesión se realizó un resumen de lo trabajado en la misma como lo fue la aclaración de la relación y diferencias entre los conceptos implicados en el esquema. Igualmente se explicó sobre el debate de los pensamientos automáticos y la modificación de los mismos por unos más adaptativos.

## CUARTA SESIÓN DE TRATAMIENTO

### SESIÓN CUATRO: Reestructuración cognoscitiva

- Revisión de las tareas para la casa
- Reestructuración cognoscitiva: Trabajar en grupos de dos la modificación de pensamientos automáticos.
- Asignar las tareas para casa.
- Resumen de la sesión.

**Revisión de las tareas para la casa:** Se inicia la sesión revisando las tareas para casa. Se pidió a las pacientes que voluntariamente comentaran sus tareas y así lo hicieron, y se logró al menos un ejemplo de cada una de ellas. Se debían revisar dos tareas que guardaban cierta similitud: La primera sobre el reconocimiento de los pensamientos automáticos y sus respectivas reacciones y la segunda sobre la modificación de los pensamientos automáticos describiendo la conducta final.

**Reestructuración cognoscitiva: Trabajar en grupos de dos la modificación de pensamientos automáticos.** Luego de revisadas las tareas para casa se procedió a entregar un material sobre los pensamientos alternativos para lograr respuestas más adaptativas. Se comentó que luego que realizamos el interrogatorio de los pensamientos automáticos y nos damos cuenta que no logramos disminuir nuestra creencia en ellos o que no logramos encontrar evidencia en contra de ellos, entonces debemos buscar pensamientos alternativos que nos permitan adaptarnos a la situación de la mejor manera posible, logrando así disminuir los síntomas y conductas inadecuadas que afectan nuestro desenvolvimientos en los diversos grupos y actividades en las que participamos a diario. Luego de la explicación se aplicó a casos específicos de algunas de las pacientes.

A continuación la lista entregada a las pacientes para referencia de pensamientos alternativos.

Lista de posibles pensamientos alternativos (*Beck, J., 2000; En Barrios P., M. Inés, 2005, página 127*).

- Es desagradable .....Pero no es catastrófico



- Las conductas injustas forman parte de la vida. Puedo soportarlo sin reaccionar con ira.
- Preferiría que la situación fuere.....pero este no es el caso y puedo tolerarlo.
- Es difícil..... pero no insoportable, puedo soportarlo. No es el fin de mi vida.
- Soy normal con puntos fuertes y puntos débiles.
- Todos nos equivocamos; al equivocarnos no quiere decir que somos lo peor.

Luego de terminada esta fase se pidió al grupo de pacientes que se reunieran en grupos de dos para que trabajaran sobre la modificación de pensamientos automáticos y su reemplazo por pensamientos más adaptativos. Se trabajaron dos pensamientos, uno de cada miembro del grupo. Finalmente se expusieron los trabajos realizados.

**Asignar las tareas para casa:** Se enfatizó en la importancia de realizar las tareas para casa puesto que de ellos dependía el grado de destreza para lograr un mejor manejo cognitivo y disminuir o eliminar así los pensamientos que le pudieran causar daño. Para la próxima semana se asignaron dos tareas:

- **Tarea # 1:** hacer lista de 3 situaciones con sus respectivos pensamientos automáticos, la aplicación del debate y el pensamiento alternativo.
- **Tarea # 2:** En el caso particular, hacer una lista de al menos 4 situaciones que pueden ser modificadas y 4 que no lo sean. Abajo el cuadro de guía para realizar esta tarea:

Situación Modificable	Situación No modificable

**Resumen de la sesión:** Al final de la sesión se realizó un rápido resumen de lo trabajado en la misma.

## QUINTA SESIÓN DE TRATAMIENTO

### **SESIÓN CINCO: Reestructuración Cognoscitiva y Técnica de Relajación.**

- Revisión de tarea para casa.
- Exponer sobre la relajación
- Iniciar el entrenamiento en relajación
- Continuar con el trabajo del debate de pensamientos automáticos, buscando pensamientos alternativos para mayor adaptación.
- Asignación de Tareas para casa.
- Resumen de la sesión

**Revisión de tarea para casa:** Se recogieron las tareas para casa y se pidió voluntarios para exponerlas. Se hizo, reiterando la importancia de las mismas para incrementar la habilidad de lograr captar los pensamientos automáticos y trabajar con ellos. Se hizo la salvedad de que aún tienden a confundir ciertos conceptos inmersos en las tareas y se procedió a explicarlos (situación, emociones, pensamientos).

**Exponer sobre la relajación:** Posteriormente se pasó a explicar al respecto de la relajación definiéndola como una técnica conductual de gran valor para disminuir los síntomas de ansiedad, estrés, temores, etc. Se hizo una panorámica sobre los inicios de esta técnica en el primer cuarto del siglo pasado, cuando un fisioterapeuta llamado Edmund Jacobson trabajando con sus pacientes descubre que trabajando la contracción y relajación muscular conseguía buenos resultados. La técnica original lleva bastante tiempo, sin embargo, desde sus inicios hasta la actualidad ha habido diversos estudiosos que, haciendo modificaciones en la técnica original, presentan técnicas alternativas, sobretodo acortando el tiempo de la sesión de relajación.

Se ha constatado que la técnica de relajación influye sobre nuestras emociones, nuestra conducta y sobre nuestra respuesta corporal como también sobre nuestra experiencia subjetiva. En el aspecto emocional logra disminuir los niveles de ansiedad o cualquier emoción que nos esté perturbando; en el aspecto fisiológico podemos observar que afecta nuestra tasa cardíaca, nuestra presión sanguínea, en el aspecto conductual se logra un estado de reposo físico evidente y finalmente a nivel de la experiencia subjetiva, se observa la vivencia de un estado de tranquilidad, armonía y paz (*María Inés Barrios P., 2005*).



**Iniciar el entrenamiento en relajación:** Se les indica que trabajaremos con una de las mencionadas adaptaciones de la técnica de Jacobson, la presentada por T. Carnwath y D. Miller, cual tiene tres fases: la fase de respiración, la fase de relajación progresiva y finalmente la fase de visualización. A continuación se les describió cada una de las fases a las pacientes.

Se bajaron las luces de la sala en que trabajábamos y se les pidió a las pacientes que, desde sus asientos, se despojaron de las carteras, libretas o cualquier otro artículo que tuvieran en sus manos o regazo; que colocaran sus manos y antebrazos en los portabrazos de las sillas, sus pies (preferible quitarse los zapatos), sobre el piso con las piernas en posición vertical a la silla. Finalmente que se concentraran en su respiración.

**Fase de respiración:** En esta fase se les pide que tomen aire pausadamente hasta que su diafragma se llene y luego con igual o mayor pausa boten dicho aire, permitiendo de esta manera que los órganos tomen el oxígeno necesario y de igual manera exhalen el dióxido de carbono que no necesitan. Deben hacer este ejercicio cinco veces inhalar y exhalar de manera lenta y pausada y repitiendo.

**Fase de relajación progresiva:** Para este momento se les pidió que en primer lugar tensaran el grupo muscular que se les pidiera y luego de un momento, aflojaran de golpe, relajándolo de esta manera. Se les fue indicando guiados por la lista tomada de T. Carnwath y D. Miller, lo que sigue:

Las piernas: tensar firmemente... relajar de golpe. Respirar.

Los muslos, tensar firmemente... relajar de golpe. Respirar.

Las nalgas, tensar firmemente... relajar de golpe. Respirar.

La pelvis, tensar firmemente... relajar de golpe. Respirar.

El abdomen, tensar firmemente... relajar de golpe. Respirar.

La espalda, (requiere un poco más de tiempo): tensar firmemente... relajar de golpe. Respirar.

El tórax, tensar firmemente... relajar de golpe. Respirar.

El cuello, tensar firmemente... relajar de golpe. Respirar.

La mandíbula, tensar firmemente... relajar de golpe. Respirar.

La frente, tensar firmemente... relajar de golpe. Respirar.

Los hombros: todo bien tenso... relajar de golpe. Respirar.

Al final se les pidió que tensaran todo su cuerpo y luego relajaran.

**Fase de visualización:** En esta fase se les pidió que cerraran los ojos y que cada quien imaginara una situación o un sitio que los llenara de bienestar y de paz; que podía ser un lugar en la playa, en una inmensa llanura, en una casa en las montañas, lo que para cada cual implicara una imagen grata y tranquilizadora. Por supuesto, manteniendo una respiración pausada y un cuerpo relajado, flojo, nada tenso. Mientras se metían en su imaginación se les reforzaba diciendo palabras o frases como las que sigue... están en un lugar hermoso, acogedor, su cuerpo flota, sus pensamientos fluyen al igual que su energía positiva, están llenas de paz, de tranquilidad, están dejando fluir sus emociones, entrando en un mundo de paz, de armonía, etc.

Luego de un buen tiempo (alrededor de 6 a 8 minutos), se les pide que abandonen lentamente sus respectivas imágenes y que muy lentamente vayan ubicándose en el lugar real donde están y abriendo los ojos igualmente de forma lenta.

Cuando terminaron, expresaron que la experiencia había sido buena y saludable.

**Continuar con el trabajo del debate de pensamientos automáticos, buscando pensamientos alternativos para mayor adaptación:** Luego de terminada la sesión de relajación, pedí que se agruparan de dos en dos para que reiteraran en el trabajo sobre los pensamientos automáticos y su modificación. Cada grupo de dos debían trabajar con dos situaciones con sus respectivos pensamientos y reacciones, puesto que se han notado fallas en algunas de las tareas entregadas (se les había retroinformado al revisar las tareas para casa). Cada integrante de cada grupo ponía una situación personal. Se dio un tiempo prudente, para luego pasar a la exposición y aclaración del trabajo realizado, pidiéndoles que completaran sus trabajos con las tareas para casa que a continuación se les explicarían.

**Asignación de Tareas para casa:** Se les pidió que continuaran el trabajo realizado, en las tareas para casa, modificando los pensamientos automáticos y buscando pensamientos alternativos. Se asignaron dos tareas para casa:

- **Tarea # 1:** Practicar la relajación y traer escrito al respecto de su nivel emocional (con la escala), antes y después de utilizar la relajación.
- **Tarea # 2:** Utilizando el registro de triple columna, trabajar al menos dos situaciones.

**Resumen de la sesión:** Luego de la asignación de tareas para casa, se hizo un breve resumen de lo dado durante la sesión, reiterando la importancia de realizar las tareas que se han asignado para la casa.



## SEXTA SESIÓN DE TRATAMIENTO

### SESIÓN SEIS: Módulo Educativo

- Revisión de las tareas para casa.
- Presentación teórica sobre los síntomas sobresalientes del trastorno mixto ansioso – depresivo.
- Utilización de la técnica de relajación.
- Conversatorio sobre la importancia del apoyo social (familiares), en el proceso terapéutico.
- Asignación de tareas para casa.
- Resumen de la sesión

**Revisión de las tareas para casa:** Se inicia la sesión pidiendo a las pacientes que saquen sus tareas y pidiendo que voluntariamente expongan al respecto. Expresaron sus experiencias con la relajación, aduciendo que les ayudó bastante; de igual manera, leyeron algunas de las tareas sobre los pensamientos automáticos y cómo fueron reemplazados por otros más adaptativos. Se insistió en la importancia de utilizar la valoración tanto de los pensamientos como de las emociones como forma enfática de verificar resultados positivos al realizar las tareas.

**Presentación teórica sobre los síntomas sobresalientes del trastorno mixto ansioso depresivo:** Se pasó al segundo punto planeado para la sesión que consistió en explicar al respecto de las manifestaciones de la ansiedad y de la depresión como síntomas con los que se está trabajando en la terapia como característicos del trastorno mixto ansioso depresivo (a las pacientes no se les hablo del trastorno, solo de los síntomas de ansiedad y depresión, por considerarlo más conveniente). Se inició con la ansiedad indicándoles que las manifestaciones más comunes de la misma son tensión muscular, dificultad en la concentración, sudoración, temblores y otros. Se les pidió a las pacientes que expresaran algunos otros síntomas que ellas consideraran parte de las manifestaciones de la ansiedad y expresaron entre otros: irritabilidad, no poder mantenerse en un lugar quieta por mucho tiempo, comerse las uñas, dificultad para dormir. Se continuó exponiendo al respecto de la ansiedad específicamente sobre sus síntomas, diciéndoles que aun cuando muchas personas padezcan de ansiedad no todas presentan las mismas manifestaciones como tampoco todas

ellas; que hay personas cuyas manifestaciones pueden ser dificultad para dormir, comerse la uñas, sudoraciones, sin embargo, otra puede manifestar sobretodo dificultad para concentrarse, tensión muscular, taquicardias, temblores, no obstante, ambas son personas ansiosas. Luego se les pidió que escribieran en una hoja que se les entregó, individualmente, las manifestaciones más comunes de la ansiedad en cada una de ellas.

**Continuación con la técnica de relajación:** Procedimos entonces a trabajar nuevamente con la relajación progresiva, cumpliendo con sus tres fases: respiración, relajación progresiva y visualización. Se preparó el ambiente para el inicio, bajando las luces del recinto, e instándolas a que se pusieran lo más cómodas posibles, despojándose de todo material o cartera que pudieran tener en sus piernas y manos. Se inició la sesión de relajación con el proceso de respiración.

**Conversatorio sobre la importancia del apoyo social en el proceso terapéutico:** Luego que terminamos la sesión de relajación, pasamos al tema del apoyo social como parte de los recursos con que contamos para afrontar nuestros problemas. Se inició explicando que ante el estrés, la ansiedad y otros problemas, debemos hacer dos tipos de valoración: La valoración primaria y la valoración secundaria (*R. Lazarus, 2004*), indicándoles que la primera tenía que ver con el conocimiento claro de la situación a la que se enfrentan y la segunda, tiene que ver con los recursos que cuenta la persona para afrontar dicha situación. Continuamos diciendo que el apoyo social es uno de los recursos, que si bien es cierto, no es un recurso intrínseco a la persona, si es de gran valor para la persona, si tenemos claro que la misma es un ente social y por ende necesita de sus congéneres. Se explica que el apoyo social es aquel que en un momento dado se puede tener de personas muy cercanas y que se estiman mucho y por ende su acercamiento es importante (de la pareja, familiares, amigos, etc.), pero que además también se convierte en apoyo social la interacción en esta terapia de grupo que estamos desarrollando pues a través de ella nos sentimos apoyados y a la vez apoyamos a los demás miembros del grupo, produciendo esta situación un refuerzo positivo para cada uno de las participantes. De allí se les dio participación a las pacientes para que comentaran al respecto y se produjo un intercambio efectivo de ideas e inquietudes que se solventaron entre todos.



**Asignación de tareas para casa:** Para la próxima semana se asignaron tres tareas, aunque realmente novedosa una sola, puesto que las otras ya se han hecho pero deben ser reforzadas.

**Tarea #1:** Práctica de la relajación progresiva: anotar la valoración de la emoción y del porcentaje de credibilidad del pensamiento automático.

**Tarea #2:** Hacer una lista de 5 situaciones activadoras (específicas a cada paciente), que vayan de la que causa menor ansiedad y/o depresión hasta la que cause mayor ansiedad y/o depresión.

**Tarea #3:** Seguir trabajando con respecto a los pensamientos automáticos y su reemplazo por otros más adaptativos (aplicar el interrogatorio o debate y buscar pensamientos alternativos).

**Resumen de la sesión:** Luego de la asignación de las tareas para casa, se procedió a hacer un resumen de lo dado en la sesión del día enfatizando en los puntos claves como las manifestaciones de la ansiedad y depresión, la práctica de la relajación y finalmente, la importancia del apoyo social para afrontar diversas situaciones. Se finalizó la sesión.

## SEPTIMA SESIÓN DE TRATAMIENTO

### SESIÓN SIETE: Reestructuración Cognoscitiva y Visualización

- Revisión de las tareas para casa
- Exploración de las situaciones que aún le causan ansiedad y depresión.
- Uso de la imaginación (trabajando con la jerarquización de situaciones activadoras).
- Practicar la relajación en la fase de visualización.
- Asignación de tareas para casa.
- Resumen de la sesión

**Revisión de las tareas para casa:** Se solicitaron las tareas luego de que cada una expusiera al respecto del desarrollo de la misma. La tarea más novedosa fue la #2 que consistía en enumerar de menor a mayor, las situaciones que desencadenaban pensamientos automáticos, luego con dicha lista se trabajó durante la sesión.

**Exploración de las situaciones que aún le causan ansiedad y depresión:** Luego de terminada la revisión de las tareas para casa, procedimos a explorar las situaciones que aún causan ansiedad, trabajando con las lista solicitada como tareas para casa.

Uso de la imaginación (trabajando con la jerarquización de situaciones activadoras): Para trabajar lo anterior se explicó el uso de la imaginación con respecto a la situación que en menos grados desencadena los pensamientos automáticos. Se les comenzó diciendo que debían cerrar los ojos e imaginar dicha situación (específica en cada una de las pacientes), lo más vívidamente posible y paso a paso y darse cuenta de algún pensamiento automático con respecto a dicha situación y por ende experimentar algún tipo de emoción, que en este caso podría ser ansiedad o depresión. Se les pidió además que al tener la sensación emotiva, inmediatamente intentaran modificar el o los pensamientos automáticos para lograr disminuir los síntomas. Comenzaron cada una de las pacientes a imaginar la situación. El ejercicio duró alrededor de diez a doce minutos, unas terminaron antes de ese tiempo y otras al tiempo. Luego de allí se pidió que expresaran sus experiencias.

Algunas llegaron a sentir sobre todo ansiedad, o manifestaciones de la misma; otras parecieron no lograr el objetivo, pero les expliqué que es cuestión de práctica continua. El ejercicio les pareció interesante.

**Practicar la relajación en la fase de visualización:** Luego de terminar con el ejercicio del uso de la imaginación, nos encaminamos a practicar la relajación, pero solo en una de sus fases: la visualización.

Se preparó el ambiente físico, bajando las luces para hacerlo más acogedor y lograr con mayor éxito el cometido. Pese a que no se trabajaría con las dos fases primeras, se pidió a las pacientes que relajaran su cuerpo al máximo y que cada una de ellas se transportara hacia el lugar donde se sentían con mayor tranquilidad. En esta sesión se utilizó música relajante para que ayudara a una experiencia más rica y tranquilizadora. Se inició la sesión de relajación ayudando a las pacientes a transportarse a los lugares que a cada una tranquilizaba y se les reiteraban frases y palabras que ayudan a tal fin.

**Asignación de tareas para casa:** Luego de terminada la sesión de relajación, pasamos a entregar hoja con las tareas escritas explicando paralelamente dichas tareas que fueron tres:

- **Tarea #1:** Utilización de la imaginación con las situaciones activadoras que causen menores síntomas. Registrar la valoración de la credibilidad en el pensamiento y de las emociones.
- **Tarea #2:** Utilizar el registro de las tres columnas (situación, pensamiento, reacciones), al menos con dos situaciones activadoras.
- **Tarea #3:** Practicar la relajación y registrar la valoración del pensamiento automático y de las emociones.

**Resumen de la sesión:** Luego de informar sobre las tareas para casa, se procedió a realizar un resumen de lo trabajado en la sesión y ofreciendo la oportunidad de que apoyaran en el planeamiento de la próxima sesión. Solo una de ella se animó sugiriendo que la sesión de relajación se realizara luego de revisada las tareas para casa; se pidió el consenso del resto y todas estuvieron de acuerdo.



## OCTAVA SESIÓN DE TRATAMIENTO

### **SESIÓN OCHO: Técnicas de relajación y resolución de problemas**

- Revisión de las tareas para casa.
- Práctica de la relajación.
- Explorar sobre el mantenimiento o superación sobre las distorsiones cognoscitivas abordadas en las primeras sesiones.
- Con el abordaje de situaciones activadoras, aplicar la resolución de problemas a dichas situaciones.
- Asignación de tareas para casa.
- Resumen de la sesión.

**Revisión de las tareas para casa:** Se inicia la sesión con la revisión de las tareas para casa, dando la oportunidad a cada una de las pacientes de que expongan al respecto. Se pide voluntaria para que hable sobre su experiencia con el uso de la imaginación durante la semana. Esto motivó a que el resto de las pacientes expusieran sus experiencias con las tareas, no solo con el uso de la imaginación sino con respecto a la relajación y con respecto a la utilización de la triple columna.

**Práctica de la relajación:** Como siguiente punto se pasó a practicar la relajación, tomando en cuenta la sugerencia de las pacientes (la semana anterior), de comenzar con la misma en la siguiente sesión. Se practicó la sesión completa de relajación comenzando con la fase de respiración, luego la de tensión muscular y finalmente la de visualización. Al finalizar se pidió a las pacientes que expusieran su experiencia.

**Explorar sobre el mantenimiento o superación de las distorsiones cognoscitivas abordadas en las primeras sesiones:** En este punto se les pide a las pacientes que nos remontemos a las primeras sesiones cuando se les pidió que, con la lista de distorsiones cognoscitivas que se les entregó, se fijaran en cuantas y cuáles de ellas podrían ubicar sus pensamientos automáticos. Bueno, se les explicó que en esta ocasión deberían hacer el mismo ejercicio pero tratando de verificar cuales persisten y cuales han podido superar, de acuerdo a sus pensamientos automáticos. Una de ellas expresó que ha podido superar parcialmente la catastrofización y la visión de túnel, pero que persiste la personalización. Otra expresa que ha podido controlar la frecuencia de

ocurrencia pero que aún ninguno ha sido superado totalmente, otra expresa que ya ha logrado superar la catastrofización, puesto que ha logrado debatir sus pensamientos automáticos y no permitir que lleguen hasta esos niveles, y así sucesivamente todas fueron expresando sus formas de pensar con respecto a las distorsiones cognoscitivas. Luego se hizo una retroalimentación en el sentido de que constantemente deben revisar todos los conceptos que se han dado en las diferentes sesiones y que pueden ir evaluando que han podido mejorar o superar y que deben seguir trabajando.

**Con el abordaje de situaciones activadoras, aplicar la resolución de problemas a dichas situaciones:** Luego de terminar con las distorsiones cognoscitivas, pasamos a trabajar sobre una estrategia de afrontamiento: la resolución de problemas. Se comienza explicando que esta estrategia es una muy utilizada y que se considera de corte cognitivo, llevando a la persona a solucionar una problema específico utilizando sus fundamentos que se enmarcan en el método científico. Esta técnica o estrategia se basa en una herramienta general del método científico pero aplicándolo dentro de la terapia cognitivo conductual para encontrar la salida más viable a un determinado problema que determinemos afrontar.

Se les entrega un material corto y conciso al respecto de la técnica, extraído de internet y en conjunto se va leyendo paralelo a la explicación que ofrece la terapeuta. Se inicia diciendo que es una estrategia que pretende trabajar sobre la mejora de la competencia social y la disminución del malestar psicológico (Revista Clínica y Salud; Clínica y Salud. Volumen 22 N° 1. Año). Se trata de que esté claro del problema que se enfrenta y encontrar la alternativa de solución más adecuada, verificando las consecuencias de la misma en miras de eliminar las negativas y asumir las positivas. Se les explica que los pasos a seguir de esta estrategia de afrontamiento no son nada novedosos puesto que se basan en los pasos seguidos por la metodología científica pero aplicado a problemas y situaciones cotidianas que puedan causar malestar psicológico al individuo.

Se continúa entonces, explicado los pasos que conlleva la técnica de resolución de problemas, cuales son los que siguen (*D'Zurilla y Goldfried, 1971*):

1. **Definición del problema:** En este punto inicial se debe establecer claramente el problema que causa molestia al individuo, de tal forma que no haya confusión y se presente con claridad y definición, esto implica definirlo en términos concretos, observables y medibles.



2. **Desarrollar soluciones alternativas:** Luego de tener el problema bien definido se procede a plantear posibles soluciones, que pueden darse a través de la dinámica conocida como tormenta de ideas. A través de la propuesta de multitud de alternativas se tratará de llegar a la mejor; en esta fase se valoran todas alternativas (buenas o malas).
3. **Tomar decisión y ejecutar lo determinado:** en esta fase se trata de evaluar todas las alternativas planteadas y sus consecuencias para entonces tomar la que parece ser la más acertada.
4. **Evaluación de los resultados:** Luego de la ejecución de la alternativa escogida se evalúa los resultados obtenidos, si la alternativa de solución ha sido efectiva o no y en qué pudo estibar la falla.
5. **Reiniciar el proceso:** Ante la situación de un fallo en el procedimiento puesto en evidencia en la fase anterior se reinicia el proceso salvando la falla; o igualmente cuando haya sido eficaz, se puede reiniciar el proceso con la definición de otro problema específico.

Posterior a la explicación de la estrategia, se tomó el problema (situación laboral específicamente), de una de las pacientes y se procedió a utilizar la estrategia; todas las pacientes participaron y aportaron alternativas de solución para el problema planteado. También se sugirió utilizar otra de las situaciones activadoras propuestas en sesiones anteriores y trabajar sobre ellas.

**Asignación de tareas para casa:** Luego de terminado el ejercicio de puesta en práctica de la estrategia de solución de problemas pasamos a la asignación de tareas para casa. Para la próxima sesión se asignaron tres tareas que a continuación se especifican:

- **Tarea # 1:** Practicar la relajación y traer escrito al respecto de su nivel emocional (con la escala), antes y después de utilizar la relajación.
- **Tarea # 2:** Aplicar la técnica de resolución de problemas a una situación activadora.
- **Tarea # 3:** Utilizar el registro de las tres columnas (situación, pensamiento, pensamiento modificado), con una situación activadora.

**Resumen de la sesión:** Para finalizar se realizó un breve resumen de lo trabajado en la sesión inmediata, incluyendo la revisión de las distorsiones cognoscitivas para evaluar progreso o estancamiento, la explicación y aplicación de la estrategia de resolución de problemas y por supuesto la asignación de tareas para casa.

## NOVENA SESIÓN DE TRATAMIENTO

### SESIÓN NUEVE: Reestructuración cognoscitiva

- Revisión de las tareas para casa  
Explicación sobre las creencias intermedias y las creencias centrales.
- Presentación de casos escritos, que pudieran ser eventos activadores.
- Practicar la visualización
- Asignación de las tareas para casa.

**Revisión de las tareas para casa:** Se inicia la sesión solicitando las tareas para casa, al igual que pidiendo que expliquen sus experiencias con las mismas. Una de las pacientes explicó cómo aplicó la estrategia de resolución de problemas a una situación que confronta actualmente. De allí se abrió el compás para preguntas y comentarios respecto de las tareas para casa, sobre todo con respecto a la técnica de resolución de problemas.

**Explicación sobre las creencias intermedias y las creencias centrales:** Posteriormente a la revisión de las tareas para casa se procedió a explicar sobre las creencias intermedias y las creencias centrales o nucleares, que ya en las primeras sesiones se había hablado de ellas pero de manera superficial. Se inicia diciendo que las creencias centrales son creencias que se van internalizando desde que somos muy chicos y tienen que ver con la forma de crianza, con la personalidad de nuestros padres, con todas las experiencias de relación nuestra con respecto a nuestros familiares e incluso vecinos y amigos, pero que se van formando desde que somos muy pequeños, de ahí que son creencias rígidas, globales, y prácticamente no nos percatamos de ellas sino cuando tocamos el tema como ahora. Pero lo cierto es que influyen grandemente en nuestros pensamientos y por ende en nuestras emociones y conductas. Estas creencias influyen en la formación de las creencias intermedias que a su vez se dividen en presunciones, actitudes y reglas. Se utilizó el siguiente esquema para mayor comprensión

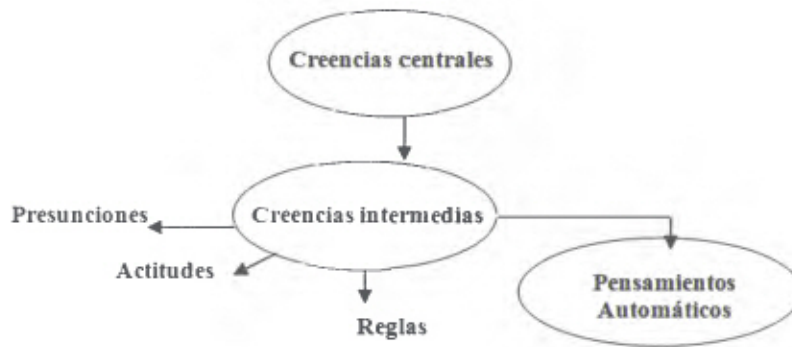


Fig. 1. Esquema sobre las creencias nucleares

Generalmente las mostramos a través de estos tres aspectos mencionados, traduciendo la creencia central en actitudes, reglas y presunciones; ejemplo: Si la creencia central es que soy perverso, la presunción sería "por ser perverso la gente me rechaza"; la actitud sería "como soy perverso no podré conseguir lo que quiero"; y la regla podría ser "las personas perversas nunca tienen buenos amigos". Obviamente, la creencia central ha ayudado a la conformación de la creencia intermedia y ambas influyen sobre los pensamientos automáticos, sólo que éstos son específicos a situaciones específicas, por ejemplo: ante la situación de una reunión social, la persona puede pensar, "no podré hacer ningún amigo nuevo pues notarán que tengo actitudes negativas".

Finalmente se les explicó que es importante que cada una de ellas busque en su pasado y analice la forma en que fue criada, la actitud y relación de sus padres, hermanos y demás familiares cercanos hacia ella, para que pueda explicarse la base de muchos de sus pensamientos y actitudes.

#### **Presentación de casos escritos, que pudieran ser eventos activadores:**

Luego de terminar con la explicación sobre las creencias centrales e intermedias, pasamos a trabajar individualmente sobre unos casos escritos que se les entregó a cada una (tres casos), y se les dictó una serie de aspectos que debían extraer de dichos casos. Se les explicó que estos casos eran reales y que debían leerlos y tratar de entenderlos para extraer lo solicitado y ofrecer algunas recomendaciones. A continuación se escribirá lo solicitado:

- Identificar las distorsiones cognoscitivas que caracterizan a los pensamientos automáticos (usar las copias sobre las mismas que se entregaron con anterioridad).
- Identificar las reacciones fisiológicas en cada caso.
- Identificar las conductas observables.



- Identificar las emociones.
- Evaluar los pensamientos automáticos y proponer pensamientos alternativos.
- Plantear posibles situaciones de conductas observables que consideren pertinentes para mejorar las situaciones específicas de cada caso en particular.

Se les dio un tiempo prudente para que trabajasen aunque fuera uno de los tres casos, los otros les quedarían para practicar en casa. Luego de pasado el tiempo, se solicitó que expusieran lo que habían escrito.

**Practicar la visualización:** Luego se les pidió que hicieran un ejercicio rápido de relajación en su fase de visualización y así lo hicieron.

**Asignación de las tareas para casa:** Se les entregó el escrito sobre las tareas para casa, exhortándolas a que las hicieran, puesto que se torna en una parte importante de la terapia. Las tareas asignadas fueron las que siguen:

- **Tarea # 1:** Practicar la utilización de la imaginación con situaciones activadoras o situaciones que han experimentado (valorar emoción y pensamiento).
- **Tarea # 2:** Trabajar sobre sus creencias centrales y creencias intermedias (presunciones, actitudes y reglas) y entregar un cuadro sobre ellas.
- **Tarea # 3:** Utilizar el registro de tres columnas (situación activadora, pensamiento automático, pensamiento modificado).

**Resumen de la sesión:** Finalmente se hace el breve resumen sobre lo trabajado durante la sesión del día, enfatizando en la importancia de realizar las tareas para casa y de que revisen constantemente todo lo tratado durante las diferentes sesiones y ponerlo en práctica.

## DÉCIMA SESIÓN DE TRATAMIENTO

### **SESIÓN DIEZ: Módulo educativo, Resolución de Problemas y conducta asertiva.**

- Revisión de las tareas para casa.
- Practicar la técnica de resolución de problemas como forma de enfatizar en su utilización adecuada.
- Explicación y práctica de la conducta asertiva.
- Asignación de tareas para la casa.
- Resumen de la sesión.

**Revisión de las tareas para casa:** Se da inicio a la sesión con la revisión de las tareas para casa; se le pidió a las pacientes que lean sus tareas, en especial las segunda de ellas que se refiere a las creencias centrales e intermedias, si están de acuerdo. Procedieron a hacerlo ubicándose apropiadamente en lo que debían hacer. Se comentan en grupo y se pasó al próximo punto.

**Practicar la técnica de resolución de problemas como forma de enfatizar en su utilización adecuada:** Se explica a las pacientes que se reiterará en la práctica de la estrategia o técnica de resolución de problemas para lograr mayor habilidad en las mismas, como también le ayudará a encontrar soluciones objetivas a sus problemas y evitando socavar su salud mental y emocional. Se pide una voluntaria para que exponga una situación actual que sea activadora de pensamientos automáticos; propuso la situación con respecto a su relación con la compañera de trabajo. Se cumplieron los pasos establecidos para la resolución de problemas, comenzando con la definición del mismo, luego se procedió a expresar alternativas de solución, cuales fueron evaluadas así como también sus consecuencias. Quedamos en ese punto puesto que se les dio la oportunidad a todas las pacientes para que las terminaran en casa como práctica y además observar el punto de cada quien. Se reiteró en los pasos de la resolución de problemas, con la participación activa de todas las participantes. Entonces se procedió con el otro tema.

**Explicación y práctica de la conducta asertiva:** En este punto se inicia con la explicación de la nueva estrategia: La conducta asertiva. Se explica que esta técnica incrementa la habilidad social que generalmente se requiere para unas buenas relaciones humanas. Se procede a entregar el material al respecto, a



leerlo y simultáneamente a explicarlo utilizando ejemplos. Se da la definición de asertividad y se abre el compás para comentarios. Se explica igualmente los tipos de conductas básicas en las que generalmente nos encasillamos todas las personas: sumisa, asertiva y agresiva; se explican las características de cada una de ellas. Como también los rasgos de las personas asertivas. Se informa sobre la importancia de manifestar una conducta asertiva en la mayoría de las situaciones que experimentamos. Es importante entender que el ser asertivos nos permite hablar de manera directa y honesta, como también haciendo valer nuestros derechos. Durante la explicación las pacientes ofrecieron muchos ejemplos de sus experiencias relacionadas con la conducta asertiva. Seguidamente el material es entregado a las pacientes:

La palabra asertivo, de aserto, proviene del latín assertus y quiere decir "Afirmación de la certeza de una cosa", de ahí podemos ver que está relacionada con la firmeza y la certeza o veracidad, y podemos deducir que una persona asertiva es aquella que afirma con certeza. Ahora bien, ¿Qué es ser asertivo? Es la relación con nuestra conciencia, con nosotros mismos primero, con quienes nos rodean, y del medio en que nos desenvolvemos. Asertividad suele definirse como un comportamiento comunicacional maduro en el que la persona ni agrede ni se somete a la voluntad de otras personas, sino que expresa sus convicciones y defiende sus derechos.

Cuando hablamos de aprender a ser asertivos nos referimos a promover el desarrollo de las habilidades que nos permitirán ser personas directas, honestas y expresivas en nuestras comunicaciones; además de ser seguras, auto-respetarnos y tener la habilidad para hacer sentir valiosos a los demás.

Según Rimm y Masters (1984), la conducta asertiva es aquella conducta interpersonal que implica la expresión honesta y relativamente recta de sentimientos. En otros términos, el entrenamiento asertivo abarca todo procedimiento terapéutico tendiente a incrementar la capacidad del cliente para adoptar conductas socialmente apropiadas. De esta forma la técnica afirma, asegura o ratifica las opiniones propias en situaciones interpersonales y tiende a producir o mantener auto-refuerzos. Así la técnica se utiliza para facilitar la expresión de sentimientos positivos como el afecto o el elogio y conductas interpersonales correctas en todos los niveles, logrando recompensas sociales (así como materiales) significativas y una mayor satisfacción en la vida.

## **Estilos de conducta básica**

- **Sumiso:** Evita hablar. Se pliega a lo que dicen los demás. No defiende sus puntos de vista.
- **Asertivo:** Habla con efectividad y propiedad. Expone sus ideas en forma lógica y sin contradicciones. Juega al yo gano - tú ganas.
- **Agresivo:** Ofende. Se impone por la fuerza. Juega al yo gano - tú pierdes. No escucha sugerencias.

## **Rasgos de una Persona Asertiva**

Las personas asertivas son personas comunes y corrientes, y pasan desapercibidas hasta que se encuentran ante una situación en la que es necesario negociar, es entonces cuando se diferencian por:

- Saber lo que quieren
- Asegurarse de ser justos
- Solicitar lo que desean con claridad
- Mantenerse calmados
- Aceptar la crítica y el elogio con ecuanimidad
- Expresar elogios y afecto abiertamente
- Ventilar constructivamente sus emociones negativas

## **Ser asertivo implica:**

- Tener una comunicación intrapersonal muy efectiva consigo mismo
- Encontrar el valor que se tiene por quien se es
- Saberse y sentirse bien por los talentos recibidos y por las cualidades desarrolladas.
- Haber aprendido a reconocerse
- Un sentido de igualdad fundamental en todo
- La disposición de lograr lo que deseamos manteniéndonos conscientes
- Asumir riesgos calculados
- La asertividad es innata y aprendida.

Algunas personas evitan ser asertivas porque temen desagradar a otros y no ser aceptados por esto. Sin embargo, aunque se podría evitar una desavenencia inmediata al evitar ser asertivos, a la larga podría lastimarse la relación. Esto también podría suceder si evita hacer valer sus derechos y permite que se

aprovechen de usted una y otra vez. Algunas personas encuentran dificultad en ser asertivas por actitudes negativas aprendidas durante la infancia, en esos casos ayuda concentrarse en lo positivo en nosotros, los demás y la situación. Comience a expresar lo que le agrada de sus amigos y familia y pronto le devolverán los elogios.

**Asignación de tareas para la casa:** Luego de la explicación del tema se pasó a la asignación de las tareas para casa, haciendo énfasis en la importancia de hacerlas durante la semana. Las tareas son las siguientes:

- **Tarea # 1:** Practicar la técnica de resolución de problemas con situaciones activadoras que lleven a pensamientos automáticos (utilizar valoración de emociones y pensamientos).
- **Tarea # 2:** Practicar la comunicación asertiva en su vida diaria (registrar experiencias).
- **Tarea # 3:** Utilizar la imaginación con situaciones activadoras y practicar la visualización (registrar valoración).

**Resumen de la sesión:** Finalmente se hizo un breve resumen de lo tratado en la décima sesión, incluyendo la revisión de tareas, la práctica de la técnica de resolución de problemas con la situación expuesta de una de las pacientes; la explicación de la nueva estrategia de carácter social, la asertividad, para posteriormente asignar las tareas.



## DÉCIMA PRIMERA SESIÓN DE TRATAMIENTO

### SESIÓN ONCE: Reestructuración cognoscitiva y relajación

- Revisión de las tareas para casa
- Reestructuración cognoscitiva (Cómo trabajar sobre la eliminación de las creencias centrales e intermedias que nos ocasionan malestar).
- Practicar la relajación, en su fase de respiración y visualización.
- Reestructuración cognoscitiva, la comunicación asertiva.
- Asignación de tareas para la casa.
- Resumen de la sesión

**Revisión de las tareas para casa:** Se pidió a una voluntaria que expusiera sus tareas, luego de hacerlo y ofrecer retroinformación, se les pidió a otras que hicieran lo mismo. Se insistió en la importancia de cumplir con las tareas asignadas puesto que en esa medida lograrán destreza en las técnicas y herramientas tanto cognitivas como conductuales que han aprendido. Cumplido la revisión, pasamos al segundo punto.

**Reestructuración cognoscitiva (Cómo trabajar sobre la eliminación de las creencias centrales e intermedias que nos ocasionan malestar):** Se pasa a explicar que para trabajar en la modificación y eliminación de las creencias nucleares, las actitudes, las presunciones y las reglas, que ya se tienen como parte de nuestra personas, es necesario poner en práctica el trabajo cognoscitivo que se hace en cuanto a los pensamientos automáticos. Se les presentó un cuadro para el trabajo con las mismas y se les explicó cómo usarlo, dando algunos ejemplos en el momento preciso. Se pidió a las pacientes que practicasen el cuadro, buscando retrospectivamente desde su niñez, alguna de las bases de la formación de creencias centrales e intermedias en su forma de actitudes, presunciones y reglas. A continuación el cuadro, tomado de Aaron Beck (*Beck, 2000*):

### **FORMULARIO DE CREENCIAS CENTRALES**

*(Tomado de formulario de creencias centrales de Sally de Judith S. Beck (1993))*

Antigua creencia central:

---

¿Qué grado de confiabilidad confiere a la antigua creencia central?

(0 – 100) \_\_\_\_\_.

¿Cuál fue el mayor grado de credibilidad que le confirió a esa creencia en esta semana? (0 – 100) \_\_\_\_\_.

¿Cuál fue el menor grado de credibilidad que le confirió a esa creencia en esta semana? (0 – 100) \_\_\_\_\_.

Nueva creencia:

---

¿Qué grado de credibilidad le confiere ahora a esta creencia?

(0 – 100) \_\_\_\_\_.

Evidencia que contradice la antigua creencia central y avala la nueva creencia:

---

---

---

---

---

---

Evidencia que avala la antigua creencia central, revisada:



**Practicar la relajación, en su fase de respiración y visualización:**

Procedimos entonces, luego de terminar de trabajar con el cuadro de creencias centrales e intermedias, a practicar la relajación en su fase de respiración y visualización. Como siempre se pidió a las pacientes que se despojaron de todo objeto y accesorio y que se sentaran cómodamente, para luego proceder a iniciar con la respiración profunda y luego la visualización.

**La comunicación asertiva:** En esta sesión se continuó con el tema de la asertividad, solo que enfocada específicamente a la comunicación asertiva (la sesión anterior se trató la conducta asertiva). Se explicó que la comunicación es un elemento de suprema importancia dentro de las relaciones humanas, que de ella depende en muchas ocasiones que las relaciones se encaminen por la vía positiva o por la vía negativa. Entonces, la comunicación asertiva viene a ser una estrategia o técnica personal que influirá positivamente en nuestras relaciones con las demás personas. Al lograr establecer buenas relaciones humanas y mantenerlas, ésto nos ayudará a evitar situaciones desencadenantes de pensamientos que nos hagan aflorar las reacciones emocionales, conductuales y fisiológicas. Se les entregó un resumen con respecto a la comunicación asertiva, el cual leímos y paralelamente explicamos (*Restrepo S. 2000*).

Para mejorar la interacción con otras personas simplemente lo que todos debemos aprender son algunas habilidades. Por ejemplo:

- Identificar los estilos de comunicación que tenemos.
- Identificar nuestros derechos asertivos.
- Desarrollar una filosofía racional de la vida.
- Aprender algunas habilidades específicas, como las siguientes:
  - ✓ Defender sus derechos
  - ✓ Solicitar cambios de conducta a otras personas.
  - ✓ Pedir favores
  - ✓ Decir cumplidos
  - ✓ Decir no
  - ✓ Dar una queja
  - ✓ Manejar su comunicación no verbal.
  - ✓ Iniciar un plática
  - ✓ Establecer conversaciones
  - ✓ Interactuar en grupo
  - ✓ Interactuar con personas de estatus diferentes

- ✓ Conseguir amigos
- ✓ Discutir y Negociar
- ✓ Actuar en un conflicto
- ✓ Tomar decisiones
- ✓ Separarse de relaciones inadecuadas

## **DEFINICIÓN DEL CONFLICTO**

Existe un conflicto cuando se atenta contra nuestros derechos o cuando se atenta contra nuestra integridad física.

## **HABILIDADES PARA EL MANEJO DEL CONFLICTO**

### **1. Gánese a quien lo atiende:**

- Haga contacto visual directo con quien lo atienda.
- Salude al vendedor con un "buenos días " o "buenas tardes.
- Diga lo que quiere en forma directa, clara y específica.
- Manifieste claramente que necesita que lo atiendan.
- Utilice la frase por favor dentro de los primeros 30 segundos de intercambio.

### **2. Pida lo que quiere:**

- Esté seguro de lo que realmente quiere y pídalo sin vacilar, no suponga que quien le atiende adivina su pensamiento
- Si lo requiere especifique el plazo en el que requiere el servicio.
- Asegúrese que quien lo atiende tenga la autoridad para hacer lo que usted pide.
- Sea específico en cuanto a los detalles que puedan diferir de la norma.

### **Utilice los recursos de quien lo atiende, preguntándole:**

¿Qué me recomienda usted?

¿Tiene alguna sugerencia?

¿Qué haría si estuviera en mi caso?

¿Qué me conviene hacer ahora?

### **Para reafirmar su mensaje:**

#### **Utilice la comunicación no verbal,**

1. mantenga contacto ocular con su interlocutor.
2. Mantenga una posición erguida del cuerpo.
3. Hable de forma clara, audible y firme.
4. No hable en tono de lamentación ni en forma apologista.
5. Utilice gestos, expresiones del rostro y ademanes.

#### **Para no obstaculizar la comunicación**

- Evite ser dominante
- Evite el uso del sarcasmo
- No utilice su poder para amenazar a alguien
- Evite el enojo
- No realice jamás un ataque personal
- Trate de no perder la calma o actuar de forma temerosa
- Evite adoptar una posición extremosa de la que no pueda salir
- No pierda la paciencia.
- No fume, no tome café o ingiera algún alimento durante la entrevista.
- No use lentes para el sol mientras conversa

#### **Si hacen algo que le disgusta.**

- No dé sermones, simplemente de consecuencias claras y llegue a un acuerdo viable.

#### **Lenguaje asertivo**

- Expresar nuestros deseos o necesidades con fórmulas similares a: "*Me gustaría que ...*"  
"*Te necesito para ...*"
- Evitar disculparse con expresiones similares a: "*Siento tener que pedirte esto, pero ...*"  
"*Si no te importase demasiado, me harías un favor si...*"

Luego que terminamos de explicar y dar ejemplo con respecto a la comunicación asertiva se pasó al siguiente punto.

**Asignación de tareas para la casa:** Se procedió entonces a asignar las tareas para la próxima sesión y a insistir en la importancia de cumplir con las tareas asignadas para casa. Se asignaron tres tareas que a continuación se describen:

- **Tarea # 1:** Practicar la técnica de resolución de problemas, con situaciones activadoras o problemas actuales. Valorar los pensamientos y las emociones.
- **Tarea # 2:** Practicar la comunicación asertiva tanto en su casa como en el trabajo, exponiendo los pasos utilizados.
- **Tarea # 3:** Practicar el registro de la triple columna (Situación, pensamiento automático y el pensamiento alternativo), valorando la credibilidad en el pensamiento automático, como las emociones.

**Resumen de la sesión:** Se finalizó realizando el rápido resumen de lo tratado en la sesión: Cómo trabajar para superar las creencias centrales e intermedias, la técnica de la comunicación asertiva, explicando el material ofrecido.



## DÉCIMA SEGUNDA SESIÓN DE TRATAMIENTO

### SESIÓN DOCE: Comunicación Asertiva y rolling playing

- Revisión de tareas para casa
- Explicación de la técnica de rolling playing
- Práctica de la técnica de rolling playing, con la estrategia de comunicación asertiva.
- Aplicar la técnica de visualización
- Asignación de tareas para casa
- Resumen de la sesión

**Revisión de tareas para casa:** Se revisaron las tareas de todas las pacientes, aunque una de ellas no la había hecho, de allí que se aprovechó el momento para reiterar sobre la importancia de realizar las tareas para casa. En su mayoría estaban bien hechas, sin embargo se hicieron algunas acotaciones, sobre todo con la estrategia de resolución de problemas.

**Explicación de la técnica de rol- playing:** Se procedió a explicar la técnica de rol playing, como parte de las estrategias que se utilizan en las terapias y que además servirían a las pacientes para que en su vida diaria puedan utilizarla como medio para disminuir sus síntomas y tensiones. Se continúa diciendo que se trata de dramatizar o actuar situaciones posibles o pasadas que causen reacciones en el individuo. En esta técnica se trata de simular o actuar escenas durante la sesión al representar situaciones que han pasado al individuo o a las que pudiera enfrentarse en el futuro. Se ofrecieron algunos ejemplos para ilustrar la técnica.

**Práctica de la técnica de rolling playing, con la estrategia de comunicación asertiva:** Luego se procedió a que, en grupos de dos se practicara, utilizando la técnica del rol playing y la estrategia de la comunicación asertiva. Se formaron los grupos y se les dieron los puntos para el trabajo. Un grupo trabajaría con la escena laboral: un empleado que pide aumento salarial utilizando un estilo sumiso y luego asertivo de comunicación; otro grupo lo haría utilizando un estilo agresivo y luego asertivo de comunicación); el otro grupo trabajaría con la escena familiar: el hijo pidiendo permiso a la madre para ir al parque utilizando un lenguaje agresivo y asertivo de comunicación. Se realizó la práctica y quedó muy bien, se hizo algunas acotaciones a algunos grupos pero en términos



generales estuvieron muy bien. Igualmente se les entregó un material sobre la comunicación asertiva que les ayudó en su práctica.

### **COMPONENTES DE LA CONDUCTA ASERTIVA**

**Los componentes de la conducta asertiva según Vicente Caballo (Caballo, V., 1997), son:**

- **Contacto visual:** Este aspecto se refiere al hecho de hacer o no contacto visual con las demás personal.
- **Tono de voz:** El tono de voz puede ser alto, bajo, suave, normal. Muy bajo puede expresar inseguridad, temor y uno muy alto puede expresar disgusto, impaciencia, pudiendo poner al receptor a la defensiva.
- **Postura:** Una postura asertiva puede variar de una situación a otra, pero en general, se debe mantener el cuerpo erguido, de forma no rígida, tampoco demasiado relajado.
- **Expresión facial:** Es importante que nuestra expresión facial sea congruente con nuestro mensaje oral.
- **Tiempo:** Es importante que sepamos reconocer el momento oportuno para hacer o decir alguna cosa.
- **Contenido:** El contenido del mensaje no debe tener elementos amenazantes, agresivos, ambiguos, puesto que distorsionan el mensaje.

#### **Conductas de la persona asertiva:**

- Actúa y habla en base a la realidad
- Puede expresar opiniones diferentes a las otras personas
- Reconoce sus errores y éxitos
- Sabe tomar decisiones propias
- Respeta los sentimientos de los demás
- Tiene control de su conducta
- Rechaza peticiones cuando sea necesario
- Sabe cuándo decir que no.

#### **Frases que describen el comportamiento pasivo, asertivo y agresivo**

##### **Frases pasivas:**

- Haré lo que tú quieras
- Esperaré hasta que desees llamarme

- Saldremos a la hora que tu decidas
- Ya que insistes, tomaremos
- Si tú quieres podemos tener relaciones sexuales.

**Frases agresivas:**

- No me interesa tu opinión
- Siempre quedas como un tonto
- No me extraña que lo hayas hecho mal
- Tú tienes que hacer lo que yo quiera
- No te atreves porque eres un cobarde

**Frases asertivas:**

- Yo no puedo salir hoy, pero mañana sí
- Te aprecio como amigo y no deseo nada sentimental
- Yo no tomo porque hace daño
- Necesito que me digas francamente lo que piensas
- Deseo estar sola porque necesito pensar.

**Aplicar la técnica de visualización:** Se realizó una muy breve sesión de relajación en su fase de visualización, instando a las pacientes a que se prepararan para iniciar la misma. Se dirigió la visualización y luego de la experiencia continuamos con la sesión,

**Asignación de tareas para casa:** Se les asignó las tareas para casa que deben realizar para presentar en la siguiente sesión:

- **Tarea #1:** Practicar la comunicación asertiva en la vida cotidiana y registrar las experiencias.
- **Tarea #2:** Practicar la relajación progresiva completa (registrar valoración)

**Resumen de la sesión:** Por último se procedió a hacer el resumen de la sesión iniciando por la revisión de las tareas, explicación de la técnica del rol playing, la práctica del rol playing con la estrategia de la comunicación asertiva y la asignación de tareas para casa, reiterando una vez más la importancia de realizarlas.

## **DÉCIMO TERCERA SESIÓN DE TRATAMIENTO**

### **SESIÓN TRECE: Módulo educativo (revisar los aprendizajes adquiridos)**

- Revisión de las tareas para casa.
- Revisión de las estrategias aprendidas.
- Practicar el rol playing aplicado a algunas estrategias aprendidas
- Practicar ejercicios de relajación e imaginación
- Asignación de tareas para la casa.
- Resumen de la sesión.

**Revisión de las tareas para casa:** Se solicitó a las pacientes que voluntariamente expusieran sus tareas y así lo hicieron. Dieron experiencias sobre algún evento donde tuvieron la oportunidad de comunicarse asertivamente. Se insistió en la necesidad, dentro de la terapia, de realizar las tareas para casa como parte fundamental de la misma.

**Revisión de las estrategias aprendidas:** Posterior a la revisión de las tareas, se procedió a pasar un vistazo a todas las técnicas tanto cognitivas como conductuales que se trabajaron durante las diversas sesiones. Además, se les entregó copias de dichas técnicas y estrategias con el fin de que estuvieran claras de las herramientas que pueden usar para combatir sus síntomas. A continuación las técnicas y estrategias revisadas:

### **TÉCNICAS Y ESTRATEGIAS TRABAJADAS DURANTE LAS SESIONES DE TERAPIA**

1. Reestructuración Cognoscitiva: Descubrir los pensamientos automáticos.
2. Reestructuración Cognoscitiva: Reemplazar los pensamientos automáticos.
3. Reestructuración Cognoscitiva: Reemplazar y/o eliminar las creencias centrales e intermedias (presunciones, actitudes, reglas).
4. Relajación Progresiva (respiración, tensión muscular, visualización).
5. Visualización.
6. Apoyo Social (terapia de grupo).
7. Imaginación.
8. Resolución de problemas.
9. Conducta y comunicación asertiva.
10. Rol Playing.



**Practicar el rol playing aplicado a algunas estrategias aprendidas:** Luego de revisar las estrategias aprendidas, procedimos a aplicar el rol playing utilizando algunas estrategias. Utilizamos la comunicación asertiva aplicado a la situación de adolescente que solicita permiso a su madre para ir al parque iniciando con un estilo agresivo de ambas partes y luego utilizando un estilo asertivo. Luego se aplicó a la terapia propiamente dicha y se le pidió a una de las pacientes que actuara como la terapeuta y la última actuó como la paciente. Se trabajó con una situación específica y real.

**Practicar ejercicios de relajación e imaginación:** Se practicó de manera rápida la relajación en su fase de respiración. Se preparó el área y las pacientes se dispusieron a trabajarla. Se les guió para tal fin y se sintieron preparadas. El ejercicio duró alrededor de cinco minutos y luego se comentaron las experiencias.

**Asignación de tareas para la casa:** Se asignaron las tareas para casa insistiendo en la importancia de realizarlas con las situaciones activadoras durante la semana y si no ocurre nada importante que se trabaje con las que aún le causen sintomatología. Las tareas asignadas fueron las que siguen:

**Tarea #1:** Practicar con énfasis la identificación de pensamientos automáticos utilizando la tabla sugerida:

Situación	Pensamiento Automático	Reacciones			Distorsión Cognoscitiva
		Emocional	Conductual	Fisiológica	

**Tarea #2:** Practicar la triple columna para el reemplazo de los pensamientos automáticos por alternativos. Utilice el siguiente cuadro:

CUADRO DE TRIPLE COLUMNA	
Situación	
Pensamiento Automático	
Pensamiento Alternativo	

**Tarea#3:** Practicar la estrategia de resolución de problemas con alguna situación pasada o futura con la que desee trabajar.

## DÉCIMO CUARTA SESIÓN DE TRATAMIENTO

### SESIÓN CATORCE: Integración

- Revisión de las tareas
- Exposición y comentarios sobre prevención de recaídas.
- Aplicación del post – test

**Revisión de las tareas:** Se revisó las tareas asignadas, pidiendo a las pacientes que las expusieran de manera voluntaria. Así se hizo.

**Exposición y comentarios sobre prevención de recaídas:** Se entregó un material sobre prevención de recaída, el cual se fue explicando conforme se leía. El material fue entregado a las pacientes, luego de ser explicado.

**Aplicación del post – test:** Luego de la lectura y explicación del material antes mencionado pasamos a la aplicación de la post prueba que nos permitirá establecer o corroborar las hipótesis propuestas en la investigación. Se entregaron las hojas a todas las participantes (6), y se les pidió que respondieran dando las mismas instrucciones que en la pre – prueba, al inicio de la terapia.

**Resumen de la sesión:** Para terminar y luego de la asignación de las tareas, se hizo un resumen de lo trabajado en la sesión haciendo énfasis en la prevención de recaídas, terminando así las sesiones de terapia.



### **ANEXO N° 3**

#### **MATERIAL ENTREGADO A LAS PACIENTES EN LAS SESIONES**

**MATERIAL ENTREGADO A LOS PACIENTES**  
**(Primera Sesión)**

**CUADRO nº 1. Posibles señales en la expresión de ansiedad nerviosismo**

1. Temblor en las rodillas
2. Brazos rígidos
3. Automanipulaciones (rascarse, frotarse, etc.)
4. Limitación del movimiento de las manos (en los bolsillos, en la espalda, entrelazadas)
5. Temblor en las manos
6. Sin contacto ocular
7. Músculos de la cara tensos (muecas, tics, etc.)
8. Cara inexpresiva
9. Cara pálida
10. Sonrojo o rubor
11. Humedecerse los labios
12. Tragar saliva
13. Respirar con dificultad
14. Respirar más despacio o más deprisa
15. Sudar (cara, manos, axilas)
16. Gallos en la voz
17. Tartamudeos o frases entrecortadas
18. Correr o aligerar el paso
19. Balancearse
20. Arrastrar los pies
21. Despejar la garganta
22. Boca seca
23. Dolor o acidez de estómago
24. Aumento de la tasa cardíaca
25. Balanceo de las piernas/pies cuando se está sentado y con una pierna montada sobre la otra
26. Morderse las uñas
27. Morderse los labios
28. Sentir náuseas
29. Sentirse mareado
30. Sentir como que se ahogara
31. Quedarse inmovilizado
32. No saber qué decir

**(Adaptado de Cotler y Guerra, 1976; En Barrios P., M.I., 2005).**

### Distorsiones Cognoscitivas más comunes en la ansiedad (Beck, 1985)

1. **Inferencia arbitraria - Visión catastrófica:** Consiste en la anticipación o valoración catastrófica, no basada en evidencias suficientes, acerca de ciertos peligros anticipados que se perciben como muy amenazantes por el sujeto.
2. **Maximización:** El sujeto incrementa las probabilidades del riesgo de daño.
3. **Minimización:** El sujeto percibe como muy disminuida su habilidad para enfrentarse con las amenazas físicas y sociales.

### Distorsiones Cognoscitivas más comunes en la depresión (Beck, 1985)

1. **Inferencia arbitraria:** (leer arriba)
2. **Abstracción selectiva:** Consiste en centrarse en un detalle de la situación, ignorando otros aspectos de la situación (visión de túnel), llegando a una conclusión general a partir de ese detalle.
3. **Sobregeneralización:** Consiste en sacar una conclusión general y aplicarla a hechos particulares que son diferentes o no relacionarlos entre sí.
4. **Maximización y minimización:** (leer arriba).
5. **Personalización:** Se refiere a la tendencia del paciente a relacionar acontecimientos externos (normalmente evaluados como negativos), como relacionados o referentes a él mismo sin que exista evidencia suficiente para ello.
6. **Pensamiento dicotómico o polarización:** Se refiere a la tendencia a clasificar la experiencia en términos extremos y opuestos sin tener en cuenta la evidencia de categorías intermedias. El paciente suele clasificarse en los extremos negativos (por ejemplo: "incapaz frente a capaz").

## DEPRESIÓN

La depresión es un trastorno de tipo emocional que se muestra como un estado de infelicidad y abatimiento, que puede tratarse de algo situacional o quedar fijado de forma estable y permanente.

La definición de depresión la podemos abordar desde su etimología u origen de la palabra que es "depressus". Esta palabra latina quiere decir abatido o derribado.

La depresión se configura por una serie de síntomas o un síndrome, que repercute y afecta los aspectos emocionales del sujeto. Como consecuencia de la depresión pueden producirse síntomas como:

- Tristeza
- Trastornos del humor
- Decaimiento
- Irritabilidad
- Fatiga
- Insomnio
- Pérdida de apetito
- Desinterés por el sexo
- Agobios

Esto a su vez repercute en la vida cotidiana de la persona de forma negativa mediante:

- Descenso del rendimiento profesional
- Pobre rendimiento escolar o académico
- Empobrecimiento de los vínculos sociales

La depresión se puede manifestar de múltiples formas como:

- Problemas cognitivos
- Alteraciones volitivas
- Trastornos somáticos

Debemos diferenciar estar tristes que es algo normal y sano de la depresión patológica. Podemos encontrarnos tristes por algo que sucedió o por momentos de fatiga y cansancio, pero esto no quiere decir depresión.

Si bien la depresión puede desarrollarse a partir un suceso, será normal un período depresivo en el cual se tramita un duelo y la situación estresante que origina la depresión. Si se resuelve mal este momento o no se tramita de la mejor forma la depresión, puede perdurar y cronificarse como algo estable.

## ANSIEDAD

La ansiedad es un estado desagradable de temor que se manifiesta externamente a través de diversos síntomas y signos, y que puede ser una respuesta normal o exagerada a ciertas situaciones estresantes del mundo en que vivimos, aunque también puede ser una respuesta patológica y anormal producida por diversas enfermedades médicas y/o psiquiátricas.

La ansiedad es una respuesta automática que se produce en nuestro cerebro ante el reconocimiento de un peligro inminente. Muchos psiquiatras coinciden en que la ansiedad a veces es necesaria para formar el carácter de la persona.

Aunque normalmente se habla de ansiedad y de angustia como términos equivalentes, no son realmente lo mismo, de tal forma que la primera se relaciona más con el sentimiento interior psíquico de malestar y la angustia con las manifestaciones externas corporales que acompañan a la ansiedad.

La ansiedad puede surgir por diferentes motivos como son preocupaciones sobre una situación que se alarga en el tiempo, por una respuesta repentina a una situación que consideramos peligrosa (miedo), sufrir tensión o como consecuencia a una fobia (miedo a una situación en concreto, a un animal, etc), también por ansiedad tras un embarazo, ansiedad por separación..

Algunos de los síntomas de la ansiedad pueden ser:

- Preocupaciones y tensiones excesivamente
- Un poco realista en como ver los problemas
- Sentirse irritable
- Tensión en los músculos
- El sudar mucho
- Teniendo dificultad en concentrarse
- Náusea
- Sentir que tiene la necesidad de ir al baño frecuentemente
- Sentirse cansado
- Tener problema en coger el sueño
- Sentirse tembloroso
- Ser asustado fácilmente



## MATERIAL ENTREGADO EN LA SESIÓN

### **SEGUNDA SESIÓN**

"La Escala SUDS (Unidades Subjetivas de Ansiedad), se emplea para comunicar el nivel de ansiedad experimentado de forma subjetiva. Al emplear la escala, evaluarás tu nivel de ansiedad desde 0, completamente relajado, hasta 100, muy nervioso y tenso.

Imagínate que estás completamente relajado y tranquilo. Para algunas personas, esto ocurre mientras descansan o leen un buen libro. Para otras, ocurre mientras están en la playa o se encuentran flotando en el agua. Da una puntuación "0" a la manera cómo te sientes cuando estás lo más relajado posible.

Luego, imagínate una situación en la que tu ansiedad es extrema. Imagina el sentirte extremadamente tenso y nervioso. Quizás en esta situación tus manos se encuentran frías y temblorosas. Puedes sentirte mareado o tembloroso, o puedes sentirte cohibido. Para algunas personas, las ocasiones en las que se sienten más nerviosas son aquellas en las que una persona cercana a ellas ha tenido un accidente; cuando se ejerce una presión excesiva sobre ellos (exámenes, trabajos, etc.); o cuando hablan delante de un grupo. Da una puntuación "100" a la manera cómo te sientes en esa situación.

Ya has identificado los dos puntos extremos de la escala SUDS. Imagina la escala entera (como una regla), que va desde "0" SUD, completamente relajado, hasta "100" SUD, muy nervioso.

**0   5   10   15   20   25   30   35   40   45   50   ...   70   75   85   90   95  
100**

*Completamente*

*Totalmente*

*Relajado*

*nervioso*

Tienes ahora el rango entero de la escala para evaluar tu nivel de ansiedad. Para practicar cómo usar esta escala, escribe tu puntuación SUD en este momento.

La puntuación SUD la puedes utilizar para evaluar las situaciones sociales con las que te encuentres en la vida real. El método de relajación que has aprendido te servirá para disminuir tu puntuación en la escala SUDS. La experiencia de altos niveles de ansiedad es desagradable para la mayoría de la gente. Además, la ansiedad puede inhibirte para decir lo que quieres y puede interferir con la forma en que expresas el mensaje.

La cantidad que sea capaz de reducir tu puntuación SUD en cualquier situación dependerá de una serie de factores, incluyendo el nivel de ansiedad que experimentas generalmente, qué puntuación SUD tenías inicialmente, qué tipo de conducta se requiere, y la persona a quien diriges el comentario. No pensamos que tu objetivo sea alcanzar un 0 ó un 5 en todas las situaciones. Tu objetivo será reducir tu nivel de SUD hasta un punto en que te sientas lo suficientemente cómodo/a para expresarte.

Para practicar el empleo de la puntuación SU, se pueden describir una serie de situaciones. Para cada situación, escucha la descripción de cada escena y luego imagínate qué te está sucediendo esa situación. Después de que te imaginas la situación, escribe la cantidad de ansiedad (puntuación SUD) que sientes. Cuando te imagines en esa situación, intenta describir cómo te sentirías si estuviera ocurriendo realmente. Finalmente, si estuvieras nervioso/a o tenso/a mientras te imaginas la escena, intenta fijarte en esas partes de tu cuerpo en las que sientes más ansiedad. ¿Sentías el estómago tenso?, ¿sentías un nudo en la garganta?, ¿tenías las manos frías o sudorosas?, ¿te dolía la cabeza?, ¿tenías movimientos nerviosos en los párpados?. Si localizas el área o las áreas en las que te sientes más tenso/a, puedes emplear mejor los ejercicios de relajación". (Cotler y Guerra, 1976. En Barrios P., M. I., p 123 – 124).

## **CUARTA SESIÓN**

Lista de posibles pensamientos alternativos (Beck, A. T., 2000; En Barrios Pinilla, M.I. 2005).

- Es desagradable .....Pero no es catastrófico
- Las conductas injustas forman parte de la vida. Puedo soportarlo sin reaccionar con ira.
- Preferiría que la situación fuere.....pero este no es el caso y puedo tolerarlo.

- Es difícil.....pero no insoportable, puedo soportarlo. No es el fin de mi vida.
- Soy normal con puntos fuertes y puntos débiles.
- Todos nos equivocamos; al equivocarnos no quiere decir que somos lo peor.

## QUINTA SESIÓN

### Relajación muscular progresiva de Jacobson

**La relajación muscular progresiva** es una técnica de tratamiento del estrés desarrollada por el fisioterapeuta Edmund Jacobson en los primeros años 1920. Jacobson argumentaba que ya que la tensión muscular acompaña a la ansiedad, uno puede reducir la ansiedad aprendiendo a relajar la tensión muscular.

Jacobson entrenó a sus pacientes para relajar voluntariamente ciertos músculos de su cuerpo para reducir los síntomas de la ansiedad. También descubrió que el procedimiento de relajación es efectivo contra la úlcera, insomnio, y la hipertensión. Hay muchos paralelismos con el entrenamiento autógeno de Schultz, que fue desarrollado independientemente.

### **Pasos para relajarse**

Sentarse en una silla confortable; sería ideal que tuviese reposabrazos. También puede hacerse acostándose en una cama. Ponerse tan cómodo como sea posible (no utilizar zapatos o ropa apretada) y no cruzar las piernas. Hacer una respiración profunda completa; hacerlo lentamente una y otra vez. Después alternativamente tensamos y relajamos grupos específicos de músculos. Después de tensionar un músculo, este se encontrará más relajado que antes de aplicar la tensión. Se debe concentrar en la sensación de los músculos, específicamente en el contraste entre la tensión y la relajación. Con el tiempo, se reconocerá la tensión de un músculo específico y de esta manera seremos capaces de reducir esa tensión.

No se deben tensar músculos distintos que el grupo muscular que estamos trabajando en cada paso. No mantener la respiración, apretar los dientes o los ojos. Respirar lentamente y uniformemente y pensar solo en el contraste entre la



tensión y la relajación. Cada tensión debe durar unos 10 segundos; cada relajación otros 10 o 15 segundos. Contar "1, 2, 3 ..."

Hacer la secuencia entera una vez al día hasta sentir que se es capaz de controlar las tensiones de los músculos. Hay que ser cuidadoso si se tienen agarrotamientos musculares, huesos rotos, etc. que hacen aconsejable consultar previamente con el médico.

1. **Manos.** Apretar los puños, se tensan y destensan. Los dedos se extienden y se relajan después.
2. **Bíceps y tríceps.** Los bíceps se tensan (al tensar los bíceps nos aseguramos que no tensamos las manos para ello agitamos las manos antes, después relajamos dejándolos reposar en los apoyabrazos. Los tríceps se tensan doblando los brazos en la dirección contraria a la habitual, después se relajan.
3. **Hombros.** Tirar de ellos hacia atrás (ser cuidadoso con esto) y relajarlos.
4. **Cuello (lateral).** Con los hombros rectos y relajados, doblar la cabeza lentamente a la derecha hasta donde se pueda, después relajar. Hacer lo mismo a la izquierda.
5. **Cuello (hacia adelante).** Llevar el mentón hacia el pecho, después relajarlo. (Llevar la cabeza hacia atrás no está recomendado).
6. **Boca (extender y retraer).** Con la boca abierta, extender la lengua tanto como se pueda y relajar dejándola reposar en la parte de abajo de la boca. Llevar la lengua hasta tan atrás como se pueda en la garganta y relajar.
7. **Lengua (paladar y base).** Apretar la lengua contra el paladar y después relajar. Apretarla contra la base de la boca y relajar.
8. **Ojos.** Abrirlos tanto como sea posible y relajar. Estar seguros de que quedan completamente relajados, los ojos, la frente y la nariz después de cada tensión.
9. **Respiración.** Inspira tan profundamente como sea posible; y entonces toma un poquito más; espira y respira normalmente durante 15 segundos. Después espira echando todo el aire que sea posible; entonces espira un poco más; respira normalmente durante 15 segundos.
10. **Espalda.** Con los hombros apoyados en el respaldo de la silla, tirar tu cuerpo hacia adelante de manera que la espalda quede arqueada; relajar. Ser cuidadoso con esto.

11. **Glúteos.** Ténsalas y eleva la pelvis fuera de la silla; relajar. Aprieta las nalgas contra la silla; relajar.
12. **Muslos.** Extender las piernas y elevarlas 10 cm. No tenses el estómago; relajar. Apretar los pies en el suelo; relajar.
13. **Estómago.** Tirar de él hacia dentro tanto como sea posible; relajar completamente. Tirar del estómago hacia afuera; relajar.
14. **Pies.** Apretar los dedos (sin elevar las piernas); relajar. Apuntar con los dedos hacia arriba tanto como sea posible ; relajar.
15. **Dedos.** Con las piernas relajadas, apretar los dedos contra el suelo; relajar. Arquear los dedos hacia arriba tanto como sea posible; relajar.

### **BENEFICIOS DE LA RELAJACIÓN**

La relajación es un estado de conciencia, en muchas ocasiones se define como un estado del cuerpo en que los músculos están en reposo, sin embargo en las personas deprimidas el reposo no suele ir acompañado de una experiencia consciente de felicidad. La relajación es mucho más, es un estado de conciencia que se busca voluntaria y libremente con el objetivo de percibir los niveles más altos que un ser humano puede alcanzar, de calma, paz, felicidad, alegría.

Cuesta percibir que a lo largo del día varía nuestro nivel de conciencia, aunque tenemos prueba de ello: un nivel es el del sueño, e incluso en el sueño hay diversos estados, otro es el de la mañana cuando recién me levanto, otro es cuando me encuentro lleno de energía y otro muy distinto cuando vuelvo a casa después de una larga jornada de trabajo. No trato igual a las personas cuando me encuentro lleno de vitalidad o agotado por el esfuerzo de un día lleno de responsabilidades.

Con estrés mi cuerpo se levanta cansado por las mañanas, con estrés mis emociones se disparan y en ocasiones puedo tratar de forma impropia a personas que aprecio. La relajación es el medio por el cual podemos llegar a experimentar la libertad de vivir en el estado de conciencia que deseamos.

#### **La práctica diaria de la relajación nos aporta múltiples beneficios:**

- Aumento del nivel de conciencia
- Disminución de la ansiedad.
- Aumento de la capacidad de enfrentar situaciones estresantes.



- Estabilización de las funciones cardíaca y respiratoria.
- Aumento de la velocidad de reflejos.
- Aumento de la capacidad de concentración y de la memoria.
- Mayor nivel de reposo. Descanso más profundo.
- Más salud.
- Más resistencia frente a las enfermedades.
- Equilibrio en la tensión arterial.
- Mejor oxigenación.
- Aumento del nivel de energía, vitalidad.
- Superior nivel de recuperación tras los esfuerzos.
- Predominio de los pensamientos positivos.
- Resistencia frente a hábitos erróneos: fumar, alcohol, comidas excesivas, etc.
- Disminución del estrés.
- Incremento de la habilidad para relajarse cada vez que lo necesite.
- Sintonización armónica de la mente y el cuerpo.
- Mejor disposición para tratar a gente "tóxica" (Personas que nos invitan a sentirnos mal).
- Aumento considerable de la capacidad de visualización interna dirigida.
- Aumento de la capacidad de reflexión.
- Aumento de la tendencia natural de conocerse a sí mismo.
- Aumento de la disposición del organismo a curarse a sí mismo.
- Incremento de la capacidad creativa.
- Mayor capacidad de aprendizaje.
- Tendencia creciente al mejoramiento de la autoimagen positiva.

- Aumento de la confianza en sí mismo.
- Aumento de la temperatura cutánea.
- Disminución de la tensión arterial.
- Mejora en la circulación sanguínea.
- Normalización de la respiración.
- Modificaciones electroencefalográficas de ondas Beta a ondas Alfa.
- Sensación de eliminación de tensiones.
- Aumento de la recuperación física y mental.
- Aumento de la oxigenación cerebral.
- Ensanchamiento del campo de conciencia.
- Mejora en la calidad del sueño.
- Mayor facilidad para recordar los sueños acontecidos mientras se duerme.
- Mejora de la capacidad de recordar datos.

### **TÉCNICA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS**

La **terapia de solución de problemas**, también llamada *entrenamiento en resolución de problemas*, es una estrategia de intervención clínica que consiste en la presentación y práctica de un método general, estructurado en una serie de pasos, con el fin de ayudar al cliente a resolver sus propios problemas vitales. El objetivo general de la técnica es mejorar la competencia social y disminuir el malestar psicológico. Fue creada por D'Zurilla y Goldfried en 1971 y revisada en 2007 por D'Zurilla y Nezu. El supuesto en el que se basa la Terapia de Solución de Problemas es que los problemas psicológicos son consecuencia de conductas de afrontamiento inefectivas.

La Técnica de Solución de Problemas, se utiliza desde la terapia cognitivo-conductual como una manera de producir consecuencias positivas, refuerzos positivos y evitar las consecuencias negativas.

Los pasos propuestos inicialmente por D'Zurilla y Goldfried eran:

- Definir el problema, de forma precisa y en términos concretos, observables e idealmente medibles.
- Desarrollar soluciones alternativas ("tormenta de ideas"). Se trata de llegar a la mayor variedad de posibles soluciones. En esta etapa, ninguna idea es mala, pues cualquiera de ellas podría ser la solución.
- Tomar una decisión y ejecutar. Se decide proceder, después de evaluar la idea más factible y más probable de tener éxito.
- Evaluar los resultados.
- Reiniciar el proceso, de encontrarse necesario (gracias a la etapa anterior donde se evalúa el éxito de la implementación).

Los pasos propuestos por D'Zurilla y Nezu son:

- Orientación hacia el problema
- Definición y formulación del problema
- Generación de soluciones alternativas
- Toma de decisiones
- Puesta en práctica y verificación de la solución

La terapia de solución de problemas es una estrategia cognitivo conductual, donde se aplica una versión simplificada del método científico, adaptada a problemas prácticos cotidianos.

## **DÉCIMA SESIÓN**

### **CONDUCTA ASERTIVA**

La palabra asertivo, de aserto, proviene del latín assertus y quiere decir "Afirmación de la certeza de una cosa", de ahí podemos ver que está relacionada con la firmeza y la certeza o veracidad, y podemos deducir que una persona asertiva es aquella que afirma con certeza.

Ahora bien, ¿Qué es ser asertivos?. Es la relación con nuestra consciencia de nosotros mismos primero, de quienes nos rodean, y del medio en que nos desenvolvemos.

Asertividad suele definirse como un comportamiento comunicacional maduro en el que la persona ni agrede ni se somete a la voluntad de otras personas, sino que expresa sus convicciones y defiende sus derechos.

Cuando hablamos de aprender a ser asertivos nos referimos a promover el desarrollo de las habilidades que nos permitirán ser personas directas, honestas y expresivas en nuestras comunicaciones; además de ser seguras, auto-respetarnos y tener la habilidad para hacer sentir valiosos a los demás.

Según Rimm y Masters (1984), la conducta asertiva es aquella conducta interpersonal que implica la expresión honesta y relativamente recta de sentimientos. En otros términos, el entrenamiento asertivo abarca todo procedimiento terapéutico tendiente a incrementar la capacidad del cliente para adoptar conductas socialmente apropiadas. De esta forma la técnica afirma, asegura o ratifica las opiniones propias en situaciones interpersonales y tiende a producir o mantener auto-refuerzos. Así la técnica se utiliza para facilitar la expresión de sentimientos positivos como el afecto o el elogio y conductas interpersonales correctas en todos los niveles, logrando recompensas sociales (así como materiales) significativas y una mayor satisfacción en la vida.

### **Estilos de conducta básica**

**Sumiso:** Evita hablar. Se pliega a lo que dicen los demás. No defiende sus puntos de vista.

**Asertivo:** Habla con efectividad y propiedad. Expone sus ideas en forma lógica y sin contradicciones. Juega al yo gano - tú ganas.

**Agresivo:** Ofende. Se impone por la fuerza. Juega al yo gano - tú pierdes. No escucha sugerencias.

### **Rasgos de una Persona Asertiva**

Las personas asertivas son personas comunes y corrientes, y pasan desapercibidas hasta que se encuentran ante una situación en la que es necesario negociar, es entonces cuando se diferencian por:

- Saber lo que quieren
- Asegurarse de ser justos



- Solicitar lo que desean con claridad
- Mantenerse calmados
- Aceptar la crítica y el elogio con ecuanimidad
- Expresar elogios y afecto abiertamente
- Ventilar constructivamente sus emociones negativas

#### **Ser asertivo implica:**

- Tener una comunicación intrapersonal muy efectiva consigo mismo
- Encontrar el valor que se tiene por quien se es
- Saberse y sentirse bien por los talentos recibidos y por las cualidades desarrolladas.
- Haber aprendido a reconocerse
- Un sentido de igualdad fundamental en todo
- La disposición de lograr lo que deseamos manteniéndonos conscientes
- Asumir riesgos calculados
- La asertividad es innata y aprendida.

Algunas personas evitan ser asertivas porque temen desagradar a otros y no ser aceptados por esto. Sin embargo, aunque se podría evitar una desavenencia inmediata al evitar ser asertivos, a la larga podría lastimarse la relación. Esto también podría suceder si evita hacer valer sus derechos y permite que se aprovechen de usted una y otra vez. Algunas personas encuentran dificultad en ser asertivas por actitudes negativas aprendidas durante la infancia, en esos casos ayuda concentrarse en lo positivo en nosotros, los demás y la situación. Comience a expresar lo que le agrada de sus amigos y familia y pronto le devolverán los elogios.

### **COMUNICACIÓN ASERTIVA**

Para mejorar la interacción con otras personas simplemente lo que todos debemos aprender son algunas habilidades Por ejemplo:

- Identificar los estilos de comunicación que tenemos.
- Identificar nuestros derechos asertivos.
- Desarrollar una filosofía racional de la vida.



- Aprender algunas habilidades específicas, como las siguientes:
  - ✓ Defender sus derechos
  - ✓ Solicitar cambios de conducta a otras personas.
  - ✓ Pedir favores
  - ✓ Decir cumplidos
  - ✓ Decir no
  - ✓ Dar una queja
  - ✓ Manejar su comunicación no verbal.
  - ✓ Iniciar un plática
  - ✓ Establecer conversaciones
  - ✓ Interactuar en grupo
  - ✓ Interactuar con personas de estatus diferentes
  - ✓ Conseguir amigos
  - ✓ Discutir y Negociar
  - ✓ Actuar en un conflicto
  - ✓ Tomar decisiones
  - ✓ Separarse de relaciones inadecuadas

## **DEFINICIÓN DEL CONFLICTO**

Existe un conflicto cuando se atenta contra nuestros derechos o cuando se atenta contra nuestra integridad física.

## **HABILIDADES PARA EL MANEJO DEL CONFLICTO**

### **1. Gánese a quien lo atiende:**

- Haga contacto visual directo con quien lo atienda.
- Salude al vendedor con un "buenos días " o "buenas tardes.
- Diga lo que quiere en forma directa, clara y específica.
- Manifieste claramente que necesita que lo atiendan.
- Utilice la frase por favor dentro de los primeros 30 segundos de intercambio.

### **2. Pida lo que quiere:**

- Esté seguro de lo que realmente quiere y pídale sin vacilar, no suponga que quien le atiende adivina su pensamiento
- Si lo requiere especifique el plazo en el que requiere el servicio.

- Asegúrese que quien lo atiende tenga la autoridad para hacer lo que usted pide.
- Sea específico en cuanto a los detalles que puedan diferir de la norma.

**Utilice los recursos de quien lo atiende, preguntándole:**

¿Qué me recomienda usted?

¿Tiene alguna sugerencia?

¿Qué haría si estuviera en mi caso?

¿Qué me conviene hacer ahora?

**Para reafirmar su mensaje:**

**Utilice la comunicación no verbal,**

1. mantenga contacto ocular con su interlocutor.
2. Mantenga una posición erguida del cuerpo.
3. Hable de forma clara, audible y firme.
4. No hable en tono de lamentación ni en forma apologista.
5. Utilice gestos, expresiones del rostro y ademanes.

**Para no obstaculizar la comunicación**

1. Evite ser dominante
2. Evite el uso del sarcasmo
3. No utilice su poder para amenazar a alguien
4. Evite el enojo
5. No realice jamás un ataque personal
6. Trate de no perder la calma o actuar de forma temerosa
7. Evite adoptar una posición extremosa de la que no pueda salir
8. No pierda la paciencia.
9. No fume, no tome café o ingiera algún alimento durante la entrevista.
10. No use lentes para el sol mientras conversa.

**Si hacen algo que le disgusta.**

No de sermones, simplemente de consecuencias claras. Llegue a un acuerdo viable.

**Lenguaje asertivo** Expresar nuestros deseos o necesidades con formulas similares a:

*"Me gustaría que..."*

*"Te necesito para ..."*

Evitar disculparse con expresiones similares a: *"Siento tener que pedirte esto, pero..."*

*"Si no te importase demasiado, me harías un favor si..."*

## **DÉCIMO SEGUNDA SESIÓN**

### **COMPONENTES DE LA CONDUCTA ASERTIVA**

**Los componentes de la conducta asertiva según Vicente Caballo (Caballo, V., 1997), son:**

- Contacto visual: Este aspecto se refiere al hecho de hacer o no contacto visual con las demás personal.
- Tono de voz: El tono de voz puede ser alto, bajo, suave, normal. Muy bajo puede expresar inseguridad, temor y uno muy alto puede expresar disgusto, impaciencia, pudiendo poner al receptor a la defensiva.
- Postura: Una postura asertiva puede variar de una situación a otra, pero en general, se debe mantener el cuerpo erguido, de forma no rígida, tampoco demasiado relajado.
- Expresión facial: Es importante que nuestra expresión facial sea congruente con nuestro mensaje oral.
- Tiempo: Es importante que sepamos reconocer el momento oportuno para hacer o decir alguna cosa.
- Contenido: El contenido del mensaje no debe tener elementos amenazantes, agresivos, ambiguos, puesto que distorsionan el mensaje.

### **Conductas de la persona asertiva:**

- Actúa y habla en base a la realidad
- Puede expresar opiniones diferentes a las otras personas
- Reconoce sus errores y éxitos
- Sabe tomar decisiones propias
- Respeta los sentimientos de los demás
- Tiene control de su conducta
- Rechaza peticiones cuando sea necesario
- Sabe cuándo decir que no.

### **Frases que describen el comportamiento pasivo, asertivo y agresivo**

#### **Frases pasivas:**

- Haré lo que tú quieras
- Esperaré hasta que desees llamarme
- Saldremos a la hora que tu decidas
- Ya que insistes, tomaremos
- Si tú quieres podemos tener relaciones sexuales.

#### **Frases agresivas:**

- No me interesa tu opinión
- Siempre quedas como un tonto
- No me extraña que lo hayas hecho mal
- Tu tienes que hacer lo que yo quiera
- No te atreves porque eres un cobarde

#### **Frases asertivas:**

- Yo no puedo salir hoy, pero mañana sí
- Te aprecio como amigo y no deseo nada sentimental
- Yo no tomo porque hace daño
- Necesito que me digas francamente lo que piensas
- Deseo estar sola porque necesito pensar.



## **TÉCNICAS Y ESTRATEGIAS TRABAJADAS DURANTE LAS**

### **SESIONES DE TERAPIA**

1. Reestructuración Cognoscitiva: Descubrir los pensamientos automáticos
2. Reestructuración Cognoscitiva: Reemplazar los pensamientos automáticos
3. Reestructuración Cognoscitiva: Reemplazar y/o eliminar las creencias centrales e intermedias (presunciones, actitudes, reglas)
4. Relajación Progresiva (respiración, tensión muscular, visualización)
5. Visualización
6. Apoyo Social (terapia de grupo)
7. Imaginación
8. Resolución de problemas
9. Comunicación asertiva
10. Rol Playing

### **PREVENCIÓN DE RECAÍDAS**

Según el modelo teórico de prevención de recaídas propuesto por Marly Gordon (1980, 1985), la recaída se produce al exponerse el sujeto a una situación de riesgo, sin ser capaz de responder con las estrategias de afrontamiento pertinentes para garantizar el mantenimiento de su buen estado de salud.

De acuerdo a varios investigadores uno de los factores que influye tremendamente en el éxito del tratamiento, es la motivación y el interés que el/la paciente muestren ante dicho tratamiento. Una vez que tanto la motivación como el interés para continuar se hayan inculcado es necesario desarrollar dentro del mismo programa, técnicas para mantener ese cambio de conductas y que actúen como habilidades para la prevención de la recaída, una vez que termine el tratamiento. Una de las herramientas consiste en hacer que las personas determinen las situaciones que puedan propiciar las recaídas y desarrollen habilidades de afrontamiento que les permitan manejar de manera adecuada los acontecimientos que pudieran ocasionarle recaídas (Taylor, S. 2007). Cuando las personas poseen estrategias de afrontamiento disponible incrementa la sensación de autocontrol y por ende de tener las cosas bajo control; además, el ensayo mental de las respuestas de afrontamiento en una situación de alto



riesgo puede favorecer los sentimientos de autoeficacia, disminuyendo con esto la posibilidad de recaída.

**Aspectos importantes para la prevención de recaídas:**

1. Aprender a identificar aquellos sucesos y comportamientos que anteceden un proceso de recaída con el objeto de hacer más fácil su control.
2. Aprender a identificar las situaciones que con mayor probabilidad les llevan o pueden llevarles a la manifestación de los síntomas.
3. Reconocer que los pensamientos son mediadores entre la situación y el sentimiento. Identificar aquellos pensamientos que con mayor probabilidad van a generar estados emocionales negativos.
4. Reconocer los sentimientos como señales para el cambio de conducta. Aprender a observar las propias respuestas fisiológicas de los sentimientos.
5. Aprender a anticipar y valorar las consecuencias que se deriven de nuestras conductas.
6. Proporcionar estrategias de control, evitación y escape ante situaciones identificadas como de alto riesgo.
7. Parada de Pensamientos y Cambio de Actividad ante pensamientos "molestos" y repetitivos.

### **Fuentes consultadas**

1. Material sobre la Ansiedad  
<http://www.naturasapiens.com/2009/07/19/ansiedad-sintomas-y-remedios/>. Natura Sapiens. Salud, vida sana, medicina y remedios naturales.
2. Material sobre la Depresión.  
[http://www.guiainfantil.com/salud/embarazo/depresionpparto/sint\\_tratamiento.htm](http://www.guiainfantil.com/salud/embarazo/depresionpparto/sint_tratamiento.htm). 2011. Todos los derechos reservados. Licencia SGAE SGAERRDD5/267/02090210. Polegar Medios, comunicación en Internet.
3. RESTREPO SÁNCHEZ, L. (2000). Asertividad. Universidad Antonio Nariño, Facultad de Psicología. Medellín.  
<http://download.tripod.es:81/doliresa/index-9.html>  
<http://www.xtec.cat/~cciscart/annexos/defassertivitat.htm>  
<http://www.xtec.cat/~cciscart/annexos/defassertivitat.htm>
4. TAYLOR, S. E., (6ª ed.); (2003). Psicología de la Salud. México: Editorial M<sup>c</sup>Graw Hill. 558 páginas.

**ANEXO N° 4**

**ENTREVISTAS CLÍNICAS**

**(FORMATO DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA DE MALDONADO)**

## Entrevista Clínica N° 1

Nombre: M. E. O.

Edad: 38 años

Estado civil: Unida

Escolaridad: Secundaria

Ocupación: Secretaria en empresa de transporte.

**Motivo de consulta:** "Tengo años de padecer estrés que creo crónico, me siento cansada, me sudan las manos, en las noches no puedo respirar bien. Generalmente trato de hacer tres y cuatro trabajos a la vez y es entonces que no me quedan bien. El problema comenzó hace siete u ocho años y comenzó en el trabajo".

### Síntomas:

- Nivel cognitivo: Pensamientos de que la mente se le va a bloquear
- Nivel afectivo: Tristeza, tensión, ansiedad.
- Nivel conductual: Caminar, acostarse en su cama por mucho tiempo.
- Nivel motivacional: Tendencia a la impaciencia.
- Nivel fisiológico: Sudoración, temblor en las manos, pulso bajo, respiración corta, no puede dormir.

**Preocupaciones:** Económicas, de estabilidad en cuanto a la vivienda (vive en casa de su madre).

**Historia de la queja actual:** Su padre sufre un accidente cerebro vascular (acv) y se mantiene en cama, con un aceptable nivel de conciencia. Hace alrededor de un año el hijo mayor de su padre con su actual pareja (que se llevaba muy bien con ella, sus hermanos y su madre), hace arreglos, sin consulta, para que su padre se divorcie de la madre de M.E.O.; esta situación ha alterado las relaciones familiares y especialmente de hermanos, creando distancia entre ellos hasta llegar a afectar las visitas de M.E.O. a su padre, circunstancia que la llena de ansiedad y la deprime, puesto que desea ver a su padre, atenderlo como siempre. Aunado a esto, otro de los motivos de sus problemas es el hecho

de que no han podido terminar la casa que hace tiempo tienen empezada. Desde siempre han vivido con su madre y ambas se ayudan. La madre cuida de sus hijos mientras M. E. trabaja. Su pareja actual trabaja independiente y algunas veces para alguna empresa. Uno de los hermanos de padre y madre, toma con mucha frecuencia y hace "mala juma", y en ocasiones se mete en muchos problemas que afectan a su madre y a ella. Todo se junta y dan como resultados las crisis de ansiedad y depresión que la caracterizan.

**Historia personal y familiar:** Su infancia fue buena y normal. Sus padres trataron de inculcarles buenos hábitos, eran estrictos pero no demasiado, llevaba buenas relaciones con ellos. Cuando sus padres se separaron tempranamente, ella y sus tres hermanos eran pequeños; desde ese momento vivieron solos con su madre, pero a pesar de los trabajos que pasaron al quedarse solos con su madre, siente que tuvo una infancia feliz. A pesar de la separación de sus padres, los hijos mantenían muy buena comunicación con su padre. Siempre ha habido buenas relaciones entre los hermanos e incluso llevaron muy buenas relaciones con los hijos de su padre con su nueva pareja. M. E. O., tuvo una primera relación de la cual nace un hijo que ya tiene 17 años; vive con ella, su nueva pareja, la hija de ambos y su madre.

**Diagnóstico:** F33.1 Trastorno Mixto Ansioso Depresivo.



## Entrevista Clínica N° 2

Nombre: M. N. C.

Edad: 38 años

Estado civil: Soltera

Escolaridad: Universitaria (Profesora a nivel medio)

Ocupación: Desempleada

**Motivo de consulta:** “Desde hace ocho años comencé a atenderme con psicología (tres psicólogas), a raíz de que la persona con quien me iba a casar terminó su relación conmigo por otra mujer. Desde entonces, aunado a otras situaciones familiares como fueron la pérdida de una tía que me crio y mi madre, que murieron de cáncer y de una forma muy dolorosa, no he podido superar la depresión y los estados de ansiedad; siento que necesito ayuda constante pues mi depresión cada vez es más constante y no se va. Cuando venía para acá estuve a punto de devolverme, pues el olor a alcohol, a hospital, a área de salud, me molesta tremendamente pues me revive los recuerdos”. Mientras me narraba esta situación rompió en llanto, que prácticamente no podía contener.

### Síntomas:

- Nivel cognitivo: Pensamientos reiterativo sobre su pasado (situación amorosa y muerte de ambos familiares).
- Nivel afectivo: Mucha tristeza, llanto, autoestima baja, desinterés, desmotivación, sentimientos de culpa.
- Nivel conductual: Debilidad al realizar las tareas, como si su cuerpo la absorbiera.
- Nivel motivacional: Le falta sentido por la vida.
- Nivel fisiológico: Sudoración, falta de sueño por no poder conciliarlo, malestares estomacales, debilidad.

**Preocupaciones:** Por el futuro puesto que lo ve muy negativamente.

**Historia de la queja actual:** A raíz de su decepción amorosa no cree en el matrimonio y a pesar de que ha tenido otros novios, no logra encontrarle sentido a la relación, lo que hace que fracase. Cuando su tía (quien la crió), murió, ella

sufrió mucho, igual cuando su madre biológica manifestó el cáncer y padeció por largos ocho años y a pesar de que estuvo con ella atendiéndola y llevándola a las citas, tiene un gran sentimiento de culpa porque piensa que no apoyó a su madre como debería de ser. Todos estos antecedentes han marcado su forma de pensar y de sentir al grado de sumirla en periodos, cada vez más frecuente de depresión. Si negó haber pensado siquiera en quitarse la vida, a pesar de su profunda depresión.

Considera que el matrimonio en su caso no va a funcionar, pues lo más seguro es que su pareja la deje por otra; y además considera que sería un riesgo grande tener hijos puesto que éstos vendrían a sufrir, tomando en cuenta que lo más seguro es que ella (MNC), padezca de cáncer. No soportaría pensar que sería de sus hijos.

Muestra mucha preocupación por su futuro puesto que aún no ha conseguido nombramiento permanente como profesora y no sabe si tendría fuerzas para trabajar en otras cosas.

**Historia personal y familiar:** M.N.C., no tiene queja de su infancia y familia. Han sido muy unidos y siempre se ha sentido muy querida por su familia, a pesar de que su padre siempre ha sido distante y no le demuestra que la quiere (tampoco a sus hermanos), el resto de la familia ha estado siempre muy pendiente de ella. M.N.C. se crio prácticamente con su tía, aunque vivía cerca de su casa y era parte de ella. Sus hermanos siempre están pendientes de ella y la regañan cuando la ven con esos estados anímicos y le piden que debe poner de su parte.

**Diagnóstico:** F33.1 Trastorno Mixto Ansioso Depresivo.

### Entrevista Clínica N° 3

Nombre: C. C. S.

Edad: 46 años

Estado civil: Soltera

Escolaridad: Universitaria (CPA)

Ocupación: Secretaria y contadora en una empresa.

**Motivo de consulta:** "Inicie mi atención con psicología por una aparente fobia social, pero realmente soy muy ansiosa, estado de ánimo cambiante (alegre – triste). Estos cambios pueden ser por días y considero que son de la nada, aunque en algunas ocasiones si existen razones. Me considero una persona difícil de comprender y me siento incómoda puesto que me gustaría ser una persona más estable".

#### **Síntomas:**

- **Nivel cognitivo:** Antes de sus hijos pensaba en morir; luego de ellos, piensa muchas veces en irse lejos, en escapar.
- **Nivel afectivo:** Mucha tristeza, llanto, sensación de desamor hacia ella de su familia.
- **Nivel conductual:** Dejar de comer (con el deseo profundo de morir), aislamiento, pasar acostada durmiendo.
- **Nivel motivacional:** Escapar a todo lo que la rodea.
- **Nivel fisiológico:** Cólon irritable, problemas de menstruación, sudoración.

**Preocupaciones:** Son muchas preocupaciones, no grandes, pero la estresan demasiado (con su madre, con sus hijos, con su trabajo).

**Historia de la queja actual:** Desde muy temprana edad (10 años aproximadamente), tuvo la sensación de que sus familia no la quería, no la comprendía, que ella era diferente (pues no era igual a ninguno de ellos). Siempre fue muy tímida y hasta el día de hoy no se atreve a pararse frente a un público (de allí lo de la fobia social). En la secundaria pasó muchas dificultades debido a este hecho y cuando tenía exámenes, le daba diarrea. Desde entonces



tiende a sumirse en sus pensamientos depresivos, en el llanto, en querer irse lejos y escapar de esa realidad. No tolera tener que esperar ni que la esperen, cuando tiene que hacerlo se llena de ansiedad, pierde concentración y se frustra.

Desde hace algunos años tiene una relación sentimental pero cada vez se deteriora más debido a que su pareja le dice que ella le lleva la contraria, pues no piensa igual que él, sin embargo, ella respeta su postura, pero él no la de ella y eso genera conflictos. Expresa que no termina la relación pues es una persona mucho mayor que ella, sus hijos no viven cerca y se sentiría muy culpable, como siempre, si le pasara algo. Esta situación la deprime con frecuencia.

Hace ocho meses murió su padre con quien ella llevaba muy buenas relaciones, esto ha sido un golpe duro para ella y ha producido que sus síntomas afloren con frecuencia.

**Historia personal y familiar:** Creció en una familia integrada por sus padres y dos hermanos mayores que ella y una menor. Siempre se identificó mejor con su padre que con su madre por cuestión de caracteres. Su madre y su hermano mayor son iguales o más bien se parecen mucho: muestran ser muy rectos, muy estrictos, muy criticones, todo lo encuentran mal, no muestran una mente abierta. Su hermana menor es de mucho carácter y aunque llevan buenas relaciones, generalmente tienden a discutir con frecuencia.

Cuando terminó la secundaria quiso estudiar psicología, pero sus padres no le permitieron irse a Panamá, así que no le quedó otra que quedarse y estudiar contabilidad (la cual aborrece). Desde temprano trabajó y es madre soltera de dos hijos (una que ya terminó su universidad – fonoaudiología- y un varón que aún está en la universidad estudiando ingeniería industrial). Se siente complacida con sus hijos y no quiere que sus hijos pasen las restricciones de parte de los padres (poco permisivos), que ella tuvo.

**Diagnóstico:** F33.1 Trastorno Mixto Ansioso Depresivo.

## Entrevista Clínica N° 4

Nombre: I. G. A.

Edad: 34 años

Estado civil: Soltera

Escolaridad: Universitaria (sin concluir)

Ocupación: Vendedora

**Motivo de consulta:** "La razón inicial por la que acudí a la atención psicológica fue la custodia de mi hija, sin embargo, luego consideré que requería tratamiento psicológico para poder afrontar las situaciones diversas en su casa, con su hija, en su trabajo. No puedo controlar mi pensamiento, me la paso pensando, no doy tregua y generalmente son pensamientos negativos. Me considero una persona muy fuerte, soy el pilar en mi casa con mi familia y enfrento mis problemas sola, sin ayuda de nadie".

### Síntomas:

- **Nivel cognitivo:** Sus pensamientos giran alrededor de sus necesidades, como las económicas y gasta mucho tiempo pensando cómo resolverlas.
- **Nivel afectivo:** Mucha tristeza, nostalgia (añora su vida cuando vivía con su esposo), ansiedad, temor.
- **Nivel conductual:** Siempre haciendo algo, no puede dejar de hacer cosas, tres y cuatro actividades al mismo tiempo y mientras pensando, onicofagia, hablar muy rápido.
- **Nivel motivacional:** Mucha inseguridad por tener poca estabilidad.
- **Nivel fisiológico:** Palpitaciones, boca reseca.

**Preocupaciones:** La economía y su relación de pareja (actual pareja).

**Historia de la queja actual:** Desde las duras circunstancias familiares por la muerte de su hermano, comenzó a manifestar problemas de depresión y ansiedad. En esos momentos duros fue pilar para todos en su casa y nunca flaqueó pues no quiere que la vean como una persona débil. Luego su matrimonio, que en principio fue muy bueno, hasta que surgen situaciones que llevaron a que la relación se deteriorara hasta llegar al divorcio. De esta relación



tuvieron una hija por la cual tuvieron que plantear pugna en los tribunales por su custodia, la cual recayó mayormente en ella aunque compartida con su ex esposo. Sus momentos de mayor ansiedad es cuando su ex esposo le presiona por asuntos de dejar ir a su hija con él, que no la entrega a tiempo, pues vive en Santiago, y la deprime mucho su vida, sus apuros económicos, su mal momento de relación con su pareja (novio), actual. Toda esta situación la llena de ansiedad y depresión.

**Historia personal y familiar:** Creció en una familia constituida por los padres y una hermana menor y dos hermanos mayores que solo son de madre, pero nunca hubo ninguna distinción con respecto a éstos. Sus padres, personas de campo de trabajo y muy estrictos con modos de vida muy conservadora. No les permitían muchas cosas sobre todo a ella y a su hermana, por ser mujeres. Estudio en su pueblo y luego de terminar su secundaria se trasladó a Santiago. Estando trabajando, se casó. También se trasladaron para allá uno de sus hermanos y su hermana menor. El otro de sus hermanos se fue a trabajar a Panamá y al tiempo de estar allá fue asesinado por unos maleantes para robarle. Eso estremeció a toda su familia y a ella le afectó muchísimo.

Actualmente vive en el lugar donde creció, en casa alquilada muy cerca de la de sus padres. Mientras trabaja en Chitré, ellos le cuidan a su hija que va a la escuela.

**Diagnóstico:** F33.1 Trastorno Mixto Ansioso Depresivo.

## Entrevista Clínica Nº 5

**Nombre:** L. L. R.

**Edad:** 46 años

**Estado civil:** Casada

**Escolaridad:** Universitaria (Secretaria Ejecutiva)

**Ocupación:** Secretaria en entidad de salud del Estado.

**Motivo de consulta:** "Tengo problemas serios de depresión y con el sueño, no logro dormir, no logro claridad en lo que hago, me siento muy mal con un problema entre mi esposo y mi padre por un carro y yo estoy en el centro, no sé que hacer, no sé cómo enfrentar a mi padre y por otro lado mi esposo me presiona por lo del carro, porque el no sabe que hacer para que mi papá le pague lo que le debe del carro; me siento en un hueco y no sé que hacer".

### Síntomas:

- **Nivel cognitivo:** Sus pensamientos están sobre los problemas que la rodean y éstos siempre son negativos.
- **Nivel afectivo:** Tristeza, apretado en el pecho, llanto fácil, recuerdo que la hacen entristecerse y llorar. Mucha ansiedad que manifiesta en su forma de expresarse, inseguridad, timidez.
- **Nivel conductual:** Mal humor, onicofagia, desgano para cumplir con su trabajo.
- **Nivel motivacional:** No ve la luz en el camino para salir de sus problemas.
- **Nivel fisiológico:** Palpitaciones, sudoración, falta de apetito.

**Preocupaciones:** Actualmente le ocupa totalmente su pensamiento, el problema del carro entre su esposo y su padre.

**Historia de la queja actual:** Su esposo lleva buenas relaciones con ella pero desde hace un tiempo cuando su padre le pidió un dinero que tenían destinado para comprar un carro y éste aún no se lo ha pagado, el mismo está muy preocupado, y le presiona para que hable con su padre; ella por su parte se siente entre la espada y la pared y no encuentra salida a este problema. El esposo incluso ha a tenido que buscar ayuda psicológica. Por otro lado, como su trabajo es por contrato, periódicamente tiene problema con el pago de la

quincena (cuando hay cambio de contrato). Su economía es limitada y esta circunstancia la lleva a no tener en ocasiones ni para ir al trabajo.

**Historia personal y familiar:** Siempre vivió con sus padres y dos hermanos (hombre – al cual conoció de grande pues es solo de padre - y mujer). Su padre siempre trabajó de domingo a domingo, de carácter muy fuerte y su madre de carácter sumiso. Siempre ha estado a expensas y bajo la sombra de su papá; nunca se ha preocupado por arreglar su casa y la madre aguanta todo, pero se deprime con frecuencia y en varias ocasiones les ha pedido perdón y disculpas a sus hijos. Desde siempre sus padres han tenido problemas, pues su padre siempre le ha sido infiel a su madre y toma con mucha frecuencia.

L.L.R. siempre ha sido tímida y cohibida. Cuando estaba en la secundaria se mostraba muy retraída y aislada por su timidez. Cuando terminó el sexto año no le permitieron irse para Panamá a estudiar, sin embargo, cuando su hermana menor terminó su secundaria si la enviaron a estudiar a la Capital. Ella se quedó sola con sus padres viviendo los problemas de pareja que tenían ellos. Esta situación la estaba matando, cuando un primo decidió llevársela para Panamá y sacarla de ese ambiente tan negativo. Trabajaba con él cuidándole una hija. Pasado un tiempo regresó a su casa con sus padres, consiguió trabajo y se casó. Tiene un hijo de 11 años que cuida su madre todos los días cuando sale de la escuela hasta que L. L. llega de su trabajo.

**Diagnóstico:** F33.1 Trastorno Mixto Ansioso Depresivo.

## Entrevista Clínica N° 6

**Nombre:** L. J. C.

**Edad:** 47 años

**Estado civil:** Casada

**Escolaridad:** Universitaria (Administración de Empresas)

**Ocupación:** Cuando se inició la terapia, recientemente había sido despedida de su empleo (administradora de una parroquia)

**Motivo de consulta:** “Desde el momento que me descubrieron el cáncer hace siete años y me sometieron de urgencia a cirugía, comencé a manifestar los episodios de depresión y de ansiedad; para completar hace poco me llegó mi carta de despido del trabajo donde he laborado desde hace diez años, que he trabajado con celo y tratando de hacer mi mayor esfuerzo pese a mi condición de salud. Finalmente me entero que mi esposo me es infiel y esto ha sido la gota que rebaso el vaso, una estocada para mi estado anímico”.

### Síntomas:

- **Nivel cognitivo:** Su pensamiento reiterado sobre cómo va a afrontar sus obligaciones: su madre enferma, su periodo de control del cáncer en remisión.
- **Nivel afectivo:** Tristeza, llanto constante, rabia, impotencia, desgano para cumplir sus obligaciones.
- **Nivel conductual:** Agresividad verbal, aislamiento.
- **Nivel motivacional:** Deseos de lograr otro empleo que le permita solventar su situación.
- **Nivel fisiológico:** Nudo en el estómago, problemas digestivos (diarreas), dolores en la nuca.

**Preocupaciones:** Quedar sin trabajo por el seguro y los medicamentos de su madre y de ella, no podría comprarlos.

**Historia de la queja actual:** Desde hace aproximadamente hace siete años le descubrieron un cáncer y tuvo que ponerse en tratamiento de inmediato (incluso cirugía), luego comenzó a padecer episodios de depresión los cuales han tenido



solución parcial, aunque la han ayudado (ayuda profesional). Sin embargo, hace poco le comunicaron que sólo trabajaría hasta finalizar este mes (junio, 2011), pues ha sido despedida. Esta situación la ha sumido nuevamente en un estado de ansiedad y depresión. Más reciente aún se entera que su esposo le es infiel. Tiene un hijo de crianza que es un vago y con vicios (cigarrillos y alcohol), antes que ayudarla lo que hace es crearle problemas. No tiene el apoyo de su esposo, puesto que al estar entretenido con la otra mujer no tiene tiempo de pensar en las penas de ésta. Todo este cúmulo de situaciones la ha llevado a aflorar con mayor frecuencia su sintomatología de ansiedad y depresión. No duerme, ha perdido el apetito, no tiene ganas de nada.

L. J. C. expresa que ella está clara de que es de carácter y que los cambios hormonales y los medicamentos debido a su enfermedad, le han alterado su forma de ser. Se describe como una persona "jodida y que no se aguanta nada de nadie". Pese a ello no ha tenido grandes dificultades en cuanto a las relaciones interpersonales en su trabajo, pero está segura de que le "hicieron la cama" e incluso acusa a uno de sus jefes de tal situación. Esta situación es la que la llena de impotencia y rabia, que igual la llevan a la depresión.

**Historia personal y familiar:** Es la única hija de su madre; a su padre lo conoció cuando tenía quince años (no la reconoció), pero han desarrollado una muy buena relación como también con sus hermanos. Vivió una infancia y juventud feliz y normal. Tiene un hijo de crianza (sobrino de su esposo), al cual describió como un vago: no trabaja, no estudia y lo poco que gana se lo gasta en cigarrillos y aguardiente; pero aún vive en casa con ella y su esposo (el cual tiene una amante con quien lleva una relación de varios años, aunque L. J. C., acaba de descubrirlo). Su madre vive con ellos, pues ella es su única hija y debe atenderla (ya es mayor y está enferma).

**Diagnóstico:** F33.1 Trastorno Mixto Ansioso Depresivo.



**ANEXO N° 5**  
**ESCALAS DE VALORACIÓN**

## ESCALA DE ANSIEDAD DE ZUNG

Identificación: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Puntúe según la intensidad, duración y frecuencia de los síntomas de acuerdo a estos criterios:

**1. Ausente      2. Ligera      3. Moderada      4. Fuerte**

1. **I. HUMOR ANSIOSO** ¿Se siente Ud. nervioso, ansioso? \_\_\_\_\_
2. **TEMOR.** ¿Se siente Ud. asustado? \_\_\_\_\_
3. **PANICO** ¿Se aterroriza Ud. con facilidad? \_\_\_\_\_
4. **DISGREGACION** ¿Se siente Ud. cómo si fuese a volverse loco? \_\_\_\_\_
5. **PREOCUPACION** ¿Se siente Ud. cómo si fuese a ocurrir algo terrible? \_\_\_\_\_
6. **TEMBLOR** ¿Se siente Ud. tembloroso? \_\_\_\_\_
7. **7. ALGIAS Y DOLORES CORPORALES** ¿Tiene Ud. dolores de cabeza, cuello o espalda? \_\_\_\_\_
8. **FATIGABILIDAD** ¿se cansa Ud. con facilidad? ¿se siente Ud. débil a ratos? \_\_\_\_\_
9. **INQUIETUD** ¿Se encuentra Ud. inquieto? ¿Hasta el punto de no poder permanecer sentado? \_\_\_\_\_
10. **PALPITACIONES** ¿Siente Ud. que su corazón late deprisa? \_\_\_\_\_
11. **MAREO** ¿Se siente Ud. mareado a ratos? \_\_\_\_\_

12. **DESMAYOS** ¿le ha desmayado Ud. a veces? ¿Ha sentido cómo si fuera a desmayarse? \_\_\_\_\_
13. **DISNEA** ¿Siente Ud. dificultad para respirar? \_\_\_\_\_
14. **PARESTESIAS** ¿Tiene Ud. sensación de acortamiento en los dedos o alrededor de la boca? \_\_\_\_\_
15. **NAUSEAS Y VOMITOS** ¿Siente Ud. náuseas? ¿Vómitos? \_\_\_\_\_
16. **FRECUENCIA URINARIA** ¿Necesita Ud. ir a orinar con mucha frecuencia? \_\_\_\_\_
17. **SUDORACION** ¿Se siente Ud. sudoroso, con las manos húmedas y frías? \_\_\_\_\_
18. **BOCHORNOS** ¿Tiene Ud. bochornos? \_\_\_\_\_
19. **INSOMNIO INICIAL** ¿Le cuesta a Ud. trabajo dormirse? \_\_\_\_\_
20. **PESADILLAS** ¿Tiene Ud. sueños que le asustan, pesadillas?

## ESCALA DE DEPRESIÓN DE BECK

Identificación: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Para completar el cuestionario, lee cada punto con atención y rodear con un círculo el número que se encuentra junto a la respuesta que mejor se adapte a lo que ha estado sintiendo últimamente.

### 1. Tristeza.

- 0. No me siento triste.
- 1. Me siento triste.
- 2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- 3. Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.

### 2. Pesimismo

- 0. No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.
- 1. Me siento desanimado de cara al futuro.
- 2. siento que no hay nada por lo que luchar.
- 3. El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

### 3. Sensación de fracaso

- 0. No me siento fracasado.
- 1. he fracasado más que la mayoría de las personas.
- 2. Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro.
- 3. Soy un fracaso total como persona.

#### **4. Insatisfacción**

- 0. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- 1. No disfruto de las cosas tanto como antes.
- 2. Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas.
- 3. Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.

#### **5. Culpa**

- 0. No me siento especialmente culpable.
- 1. Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- 2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- 3. Me siento culpable constantemente

#### **6. Expectativas de castigo**

- 0. No creo que esté siendo castigado.
- 1. siento que quizás esté siendo castigado.
- 2. Espero ser castigado.
- 3. Siento que estoy siendo castigado.

#### **7. Autodesprecio**

- 0. No estoy descontento de mí mismo.
- 1. Estoy descontento de mí mismo.
- 2. Estoy a disgusto conmigo mismo.
- 3. Me detesto.



## **8. Autoacusación**

- 0. No me considero peor que cualquier otro.
- 1. me autocritico por mi debilidad o por mis errores.
- 2. Continuamente me culpo por mis faltas.
- 3. Me culpo por todo lo malo que sucede.

## **9. Idea suicidas**

- 0. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- 1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.
- 2. Desearía poner fin a mi vida.
- 3. Me suicidaría si tuviese oportunidad.

## **10. Episodios de llanto**

- 0. No lloro más de lo normal.
- 1. Ahora lloro más que antes.
- 2. Lloro continuamente.
- 3. No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.

## **11. Irritabilidad**

- 0. No estoy especialmente irritado.
- 1. Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- 2. Me siento irritado continuamente.
- 3. Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.

## **12. Retirada social**

- 0. No he perdido el interés por los demás.
- 1. Estoy menos interesado en los demás que antes.
- 2. He perdido gran parte del interés por los demás.
- 3. he perdido todo interés por los demás.

## **13. Indecisión**

- 0. tomo mis propias decisiones igual que antes.
- 1. Evito tomar decisiones más que antes.
- 2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- 3. Me es imposible tomar decisiones.

## **14. Cambios en la imagen corporal.**

- 0. No creo tener peor aspecto que antes
- 1. Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.
- 2. Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.
- 3. Creo que tengo un aspecto horrible.

## **15. Enlentecimiento**

- 0. Trabajo igual que antes.
- 1. Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.
- 2. Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.
- 3. Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.

## **16. Insomnio**

- 0. Duermo tan bien como siempre.
- 1. No duermo tan bien como antes.
- 2. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.
- 3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.

## **17. Fatigabilidad**

- 0. No me siento más cansado de lo normal.
- 1. Me canso más que antes.
- 2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- 3. Estoy demasiado cansado para hacer nada.

## **18. Pérdida de apetito**

- 0. Mi apetito no ha disminuido.
- 1. No tengo tan buen apetito como antes.
- 2. Ahora tengo mucho menos apetito.
- 3. He perdido completamente el apetito.

## **19. Pérdida de peso**

- 0. No he perdido peso últimamente.
- 1. He perdido más de 2 kilos.
- 2. He perdido más de 4 kilos.
- 3. He perdido más de 7 kilos.

## **20. Preocupaciones somáticas**

- 0. No estoy preocupado por mi salud
- 1. Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago, catarros, etc.
- 2. Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.
- 3. Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.

## **21. Bajo nivel de energía**

- 0. No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.
- 1. La relación sexual me atrae menos que antes.
- 2. Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.
- 3. He perdido totalmente el interés sexual.